

# ESERCIZIO TERAPEUTICO RIPROGRAMMAZIONE CENTRALE E VIBRAZIONI FUNZIONALI

LE NEUROSCIENZE PER UN NUOVO APPROCCIO RIABILITATIVO

BARI

01.04.2023

Vibra  
3.0



9:30/13:00

## IL PROGRAMMA

- L'ESERCIZIO TERAPEUTICO E IL SISTEMA NERVOSO CENTRALE
- FOCUS: IL MAL DI SCHIENA E I FENOMENI DI CENTRALIZZAZIONE DEL DOLORE
- NEUROFISIOLOGIA DELLE VIBRAZIONI FUNZIONALI
- LE EVIDENZE SCIENTIFICHE
- APPLICAZIONI PRATICHE IN UN MODERNO CENTRO DI FISIOTERAPIA

14:00/16:30

- APPROFONDIMENTI PRATICI SULL'UTILIZZO DELLA TECNOLOGIA
- CONFRONTO CON GLI UTILIZZATORI

**DOTT. NICOLO' FORTIS**

FISIOTERAPISTA  
VIBRA PRODUCT SPECIALIST

▶ **Sede del corso:** Bari

▶ **Per maggiori informazioni:** [marketing@a-circle.it](mailto:marketing@a-circle.it) -Medical Calò: Tel.080 3023188-segreteria@medicalcalo.it

▶ **Quote di partecipazione: IL CORSO è GRATUITO**

▶ **Modalità di partecipazione:** *Il corso è a numero chiuso e riservato a medici e fisioterapisti.*

*Per partecipare è necessario trasmettere la scheda d'iscrizione interamente compilata inviando una e-mail a [segreteria@medicalcalo.it](mailto:segreteria@medicalcalo.it) oppure a [marketing@a-circle.it](mailto:marketing@a-circle.it) entro 10 giorni dall'evento. Coffee break e lunch saranno offerti.*

▶ **Scheda di iscrizione:**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Centro \_\_\_\_\_

Indirizzo del Centro \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_

---

*Informativa Privacy Regolamento UE 2016/679: ai sensi dell'art.13 del Regolamento a circle s.p.a. La informa che i dati personali da Lei forniti con la compilazione del presente coupon saranno raccolti in una nostra banca dati e potranno formare oggetto di trattamento sia direttamente che con l'ausilio di terzi, mediante strumenti manuali, informatici e telematici, per le seguenti finalità: 1. l'invio di materiale promozionale e informativo. 2. per fini statistici e per lo sviluppo di azioni promozionali. La informiamo infine che in relazione ai predetti trattamenti Lei potrà esercitare i diritti previsti dal suddetto Regolamento.*

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

