

# La Medicina Antroposofica come strumento di Cura:

focus sulla Digestione della Sostanza: aspetti fisio-patologici e rimedi



**10 giugno 2017 presso Hotel Helios**

Viale Elvezia, 4, 20900 Monza

**Relatore e responsabile scientifico:** dottoressa Francesca Valtolina, medico antroposofa

## PROGRAMMA

- Registrazione partecipanti: 9.00h
- I Sessione: 9.30h – 11.30h
  - La medicina antroposofica. Visione antroposofica dell'organizzazione umana e relazione con i regni della natura.
- Coffee break: 11.30h – 11.45h
- II Sessione: 11.45h – 13.30h
  - Fisiopatologia della digestione e rimedi.
- Chiusura lavori: 13.30h

**Corso a numero chiuso con iscrizione gratuita**

(Iscrizione soggetta a riconferma da parte della Segreteria Organizzativa / Provider)

**GECO Eventi e Formazione – Provider N. 1252**

email: [formazione@gecoef.it](mailto:formazione@gecoef.it) - fax 050 2209734

Via San Martino, 77 - 56125 Pisa

Tel. 050 2201353 - [www.gecoef.it](http://www.gecoef.it)



## SCHEDA DI ISCRIZIONE

(da inviare per email a: [formazione@gecoef.it](mailto:formazione@gecoef.it) o fax 050 2209734)\*

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_  
Indirizzo privato \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
Cellulare \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
Denominazione Luogo di lavoro/Ente di appartenenza \_\_\_\_\_  
Indirizzo Luogo di lavoro /Ente di appartenenza \_\_\_\_\_

### ■ Professione

Medico Chirurgo  Odontoiatra  Farmacista  Veterinario

### ■ Sede del Corso

Hotel Helios - Viale Elvezia 4, 20900 Monza

### ■ Pratica ECM SI NO

\*ORDINE  COLLEGIO  \*ASSOCIAZIONE  DI (indicare città) \_\_\_\_\_

\*N. ISCRIZIONE \_\_\_\_\_

(indicare il numero di iscrizione del Collegio/Associazione/Ordine di appartenenza. Lo stesso, come da disposizioni Ministeriali, sarà riportato sull'attestato ECM insieme ai crediti formativi). N.B. Senza tali dati non potrà essere rilasciato l'attestato di accreditamento ECM

Indirizzo e-mail per l'invio dell'attestato \_\_\_\_\_

### ■ Informativa ai sensi del D.LGS 30/6/2003 n. 196

Autorizzo GECO Eventi e Formazione ad inserire i miei dati nelle loro liste, per il trattamento degli stessi ai fini divulgativi, scientifici e per la pratica ECM. In ogni momento potrò avere accesso ai miei dati, chiederne la modifica o la cancellazione.

\*Il presente Corso è a numero chiuso. La Segreteria si riserva di confermare l'iscrizione alla ricezione della presente Scheda.

Per il consenso \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_