



## INFORMAZIONI & ISCRIZIONI

## SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

VIA EMILIO DE' CAVALIERI, 7  
00198 - ROMA

TEL. 06 8416498

FAX 06 89281430

E-MAIL: FORMAZIONE@ALTAMEDICA.IT

[WWW.ALTAMEDICA.IT](http://WWW.ALTAMEDICA.IT)

## CON IL PATROCINIO DI



## CORSO DI ALIMENTAZIONE IN GRAVIDANZA E DURANTE L'ALLATTAMENTO

VIALE LIEGI, 45 - ROMA  
[WWW.ALTAMEDICA.IT](http://WWW.ALTAMEDICA.IT)

## CORSO DI ALIMENTAZIONE IN GRAVIDANZA E DURANTE L'ALLATTAMENTO

IL CORSO È INDIRIZZATO ALLE FUTURE MAMME E PAPÀ FINO A SEI MESI DALLA NASCITA DEL BAMBINO.

È TENUTO DALLA DOTT.SSA MARIA PIA D'ALEO (BIOLOGO NUTRIZIONISTA) E IL DOTT. VALERIO PINCI (PERSONAL TRAINER).

SONO PREVISTI DUE INCONTRI DI TRE ORE CIASCUNO A CADENZA SETTIMANALE IL SABATO POMERIGGIO DALLE 14.00 ALLE 17.00.

VIENE ATTIVATO AL RAGGIUNGIMENTO DI UN NUMERO MINIMO DI 10 PARTECIPANTI.

AL TERMINE DEL CORSO VERRÀ CONSEGNATO UN VADEMECUM CONTENENTE LE REGOLE ALIMENTARI E I CONSIGLI UTILI PER LA DONNA IN GRAVIDANZA E DURANTE IL PERIODO DELL'ALLATTAMENTO.

### OBIETTIVI

- GESTIRE LA PROPRIA ALIMENTAZIONE IN MODO CORRETTO ED EQUILIBRATO ATTRAVERSO LA CONOSCENZA DEGLI ALIMENTI NELLE LORO COMPONENTI PRINCIPALI
- CALCOLARE IL PROPRIO FABBISOGNO ENERGETICO E CONTROLLARE IL PROPRIO AUMENTO PONDERALE FISIOLGICO
- SCEGLIERE IL TIPO, LA QUANTITÀ E L'INTENSITÀ DELL'ESERCIZIO FISICO ADATTI PER MIGLIORARE LA GRAVIDANZA, IL PARTO E IL POST PARTUM

### MODALITÀ E COSTI DI ISCRIZIONE

IL COSTO DEL CORSO È DI € 130,00 IVA COMPRESA.

IL PAGAMENTO PUÒ ESSERE EFFETTUATO IN CONTANTI O ASSEGNO IL PRIMO GIORNO DI CORSO OPPURE TRAMITE

**BONIFICO BANCARIO** INTESTATO A:

ALTAMEDICA SRL - BANCA INTESA SANPAOLO - ROMA

IBAN: IT 46 H 03069 03227 10000006045

CAUSALE DEL BONIFICO "CORSO ALIMENTAZIONE - NOME & COGNOME PARTECIPANTE"

EFFETTUATO IL BONIFICO INVIARLO VIA FAX AL N. 06/89281430 O VIA MAIL A FORMAZIONE@ALTAMEDICA.IT CON I DATI PER L'EMISSIONE DELLA RICEVUTA (NOMINATIVO INDIRIZZO CODICE FISCALE O P. IVA).

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

MODULO DI ISCRIZIONE E FATTURAZIONE  
DA INVIARE VIA FAX AL N. 06 89281430 OPPURE VIA E-MAIL A  
FORMAZIONE@ALTAMEDICA.IT

NOME: .....

COGNOME: .....

LUOGO E DATA DI NASCITA: .....

CODICE FISCALE: .....

P.IVA: .....

INDIRIZZO DI RESIDENZA: .....

CAP: ..... COMUNE ..... SIGLA PROVINCIA: .....

TEL.: .....

CEL.: .....

E-MAIL: .....

ULTIMA MESTRUAZIONE: .....

DATA PRESUNTA DEL PARTO: .....

## DATI FATTURAZIONE

NOME: .....

COGNOME: .....

CODICE FISCALE: .....

P.IVA: .....

INDIRIZZO: .....

CAP: .....

CITTÀ: ..... PROVINCIA: .....

DATA: .....

FIRMA .....

AUTORIZZO AL TRATTAMENTO DEI MIEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL D.G.L. 30/06/2003 N° 196 ART. 183 SULLA PRIVACY. I DATI NON SARANNO NÉ DIFFUSI NÉ COMUNICATI A SOGGETTI DIVERSI DA QUELLI CHE CONCORRONO ALLA PRESTAZIONE DEI SERVIZI RICHIESTI.