Formulario de Compromiso y Registro.
Curso ecografía funcional: Herramienta de valoración, tratamiento e investigación

---

(Completar el formulario SÓLO MAYÚSCULAS POR FAVOR, incluido la dirección de email).

País...................... **Ciudad**.................... **Fecha**...../......../.......

Nombre.. *Fecha de Nacimiento* .../.../...
Dirección Personal..
Código Postal .... *DNI/PASAPORTE* ....
Tfno: *Trabajo*................. *Móvil*................ *Fijo* ....
Correo Electrónico. Mayúsculas, por favor.
.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.......
...|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....

Universidad donde ha realizado o esta realizando los estudios de PreGrado
....

Como asistente a la Formación ENTIENDO Y ACEPTO que copiar cualquier material contenido en el curso está estrictamente prohibido. Esto incluye fotografías, teléfono (audio o visual), video, fotocopias, incluidas las copias de seguridad o electrónicas.

Entiendo y acepto que el material de este curso está sujeto a los derechos de autor y acepto no grabar, reproducir o distribuir de ninguna forma (incluidas fotografías, fotocopias, teléfono o vídeo, por internet o e-mail o mediante mecanismos de descarga o carga) el contenido sin el permiso expreso de OMT-ESPAÑA Asociación Española de Terapia Manual/Manipulativa Ortopédica y que esto queda aplicado en cualquier momento en todos los países del mundo.

Entiendo y acepto que el contenido del curso tiene un objetivo de exclusivo uso clínico pero no está autorizado el uso de los contenidos del curso para la formación. Acepto no utilizar con propósitos de formación, ningún material del curso sin el permiso expreso de OMT-ESPAÑA Asociación Española de Terapia Manual/Manipulativa Ortopédica. Entiendo que esto tiene aplicación en cualquier momento en todos los países del mundo.

Entiendo que es mi responsabilidad renunciar a utilizar cualquier técnica concreta llevada a cabo sobre mi persona y/o sobre cualquier compañero/alumno si observo alguna alteración que pueda predisponerme al dolor o sufrimiento en respuesta a la participación en este curso.
Libero a la Asociación de Terapia Manual Ortopédica y a los docentes de este curso de y contra toda responsabilidad legal con mi participación en esta actividad.
Doy permiso para que mi información personal se incluya en un registro de los participantes del curso para los propósitos de posibles acreditaciones futuras con OMT-ESPAÑA Asociación Española de Terapia Manual/Manipulativa Ortopédica. Esta información estará sujeta a la legislación vigente.

Firmado:.. Nº de Registro