



## Formazione Residenziale

**Ragione Sociale:**

ALIAS SRL

**Id Provider:**

2806

**Evento n°**

51178

**Edizione n°**

1

**Si tratta di un Progetto Formativo Aziendale (PFA) ?**

NO

**L'evento tratta argomenti inerenti l'alimentazione della prima infanzia?**

NO

**Stato Evento:**

VALIDO

1

**Titolo del programma formativo**

UPDATE SULLA VITAMINA D

2

**Sede**ITALIA

**2.1 Regione**LAZIO

**2.2 Provincia**ROMA

**2.3 Comune**ROMA

**2.4 Indirizzo**VIA AURELIA ,481

**2.5 Luogo Evento**DOMUS MARIAE PALAZZO CARPEGNA

3

**Periodo di svolgimento**

**3.1 Anno del piano Formativo di riferimento** 2013

**3.2 Data inizio** 16/03/2013

**3.3 Data fine** 16/03/2013

**4**

**Durata effettiva dell'attività formativa(in ore)** 8

**5**

**Obiettivi dell'evento**

**5.1 Obiettivo formativo**

PERCORSI CLINICO-ASSISTENZIALI/DIAGNOSTICI/RIABILITATIVI, PROFILI DI ASSISTENZA - PROFILI DI CURA

**5.2 Acquisizione competenze tecnico-professionali**

LA CARENZA/INSUFFICIENZA DI VITAMINA D È UN PROBLEMA MONDIALE CHE RIGUARDA TUTTE LE ETÀ E LE RAZZE, IN CRESCENTE AUMENTO. OBIETTIVO DEL CORSO È QUELLO DI FAR LUCE SULLE PIÙ RECENTI ACQUISIZIONI IN TEMA DI PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLA CARENZA DI VITAMINA D.

**5.3 Acquisizione competenze di processo**

**5.4 Acquisizione competenze di sistema**

**6**

**Programma dell'attività formativa** [Md 7.2.6 file unico .pdf](#)

**7**

**Crediti assegnati** 6

**8**

**Tipologia Evento** CONGRESSO/SIMPOSIO/CONFERENZA/SEMINARIO

**8.1 Workshop, seminari, corsi teorici (con meno di 100 partecipanti) che si svolgono all'interno di congressi e convegni** NON PRESENTE

**8.2 Formazione Residenziale Interattiva** NON PRESENTE

9

**Responsabile Segreteria Organizzativa**

**9.1 Cognome** DE CAROLIS

**9.2 Nome** SACHA

**9.3 Codice Fiscale** DCRSCH76D62H501E

**9.4 Telefono** 0775505912

**9.5 Cellulare** 3397544629

**9.6 E-Mail** ENDELLA@LIBERO.IT

10

**Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo** Settoriale

Professione	Discipline
MEDICO CHIRURGO	CARDIOLOGIA; ENDOCRINOLOGIA; GERIATRIA; MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO; MEDICINA INTERNA; REUMATOLOGIA; ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA; MEDICINA GENERALE (MEDICI DI FAMIGLIA);

11

**Responsabili Scientifici**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curriculum Vitae
FALASCHI	PAOLO	FLSPLA47R02G003U	PROFESSORE GERIATRIA	<a href="#">Curriculum Vitae Europeo Prof. Paolo Falaschi.pdf</a>

12

**Rilevanza dei docenti/relatori** NAZIONALE

13

## **Metodo di Insegnamento**

- LEZIONI MAGISTRALI
- SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO
- TAVOLE ROTONDE CON DIBATTITO TRA ESPERTI
- CONFRONTO/DIBATTITO TRA PUBBLICO ED ESPERTO/I GUIDATO DA UN CONDUTTORE ("L'ESPERTO RISPONDE")

**14**

**E' previsto l'uso della sola lingua italiana? SI**

**15**

**Quota di partecipazione?(in euro)0,00**

**16**

**Numero partecipanti 150**

**17**

**Provenienza presumibile dei partecipanti REGIONALE**

**18**

**Verifica presenza dei partecipanti**

- FIRMA DI PRESENZA
- SCHEDE DI VALUTAZIONE DELL'APPRENDIMENTO (VERIFICA FINALE) FIRMATE DAI PARTECIPANTI

**19**

**Verifica apprendimento dei partecipanti CON QUESTIONARIO**

**20**

**Tipo materiale durevole rilasciato ai partecipanti  
(facoltativo)**

**21**

## Sponsor

**21.1 L'evento è sponsorizzato** SI

**21.2 Sono presenti altre forme di finanziamento** NO

**21.3 Contratti di sponsorizzazione** [Md 7.2.5 autocertificazione sponsor evento .pdf](#)

**Nome Sponsor**

ABIOGEN PHARMA SPA

**22**

**L'evento si avvale di partner?** NO

**23**

**Dichiarazione Conflitto Interessi** [Md 7.5.0.1 conflitto interessi provider.pdf](#)

**24**

**Esiste una procedura di verifica della qualità percepita?** SI

**25**

**Ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n. 196/2003 si dichiara di essere in possesso del consenso scritto alla pubblicazione dei dati personali dei soggetti inseriti nell'applicazione ECM**



Si



No