

# Formazione Residenziale

ALIAS SRL

2806

95028

1

**Ragione Sociale:**

**Id Provider:**

**Evento n°**

**Edizione n°**

**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**

LA OZONOTERAPIA NELLA TERAPIA DEL DOLORE E NELLE PATOLOGIE DELL'APPARATO LOCOMOTORE

---

**2**

**Sede**

ITALIA

**2.1 Regione**

CAMPANIA

**2.2 Provincia**

SALERNO

**2.3 Comune**

SALERNO

## **2.4 Indirizzo**

VIALE ANDREA DE LUCA 5 /A

## **2.5 Luogo Evento**

CENTRO POLIDIAGNOSTICO CHECK UP

---

**3**

## **Periodo di svolgimento**

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

2014

### **3.2 Data inizio**

10/05/2014

### **3.3 Data fine**

10/05/2014

---

**4**

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

**Obiettivi dell'evento****5.1 Obiettivo formativo**

DOCUMENTAZIONE CLINICA. PERCORSI CLINICO-ASSISTENZIALI DIAGNOSTICI E RIABILITATIVI, PROFILI DI ASSISTENZA - PROFILI DI CURA

**5.2 Acquisizione competenze tecnico-professionali**

ALLA FINE DEL CORSO IL MEDICO DOVRÀ ESSERE IN GRADO DI EFFETTUARE I TRATTAMENTI DI OZONOTERAPIA , SEGUENDO LE INDICAZIONI E LE CONTROINDICAZIONI ( SECONDO I PROTOCOLLI SIOOT ) DI TALE PRATICA TERAPEUTICA, APPLICATI ALLA PATOLOGIA DELL'APPARATO LOCOMOTORE

**5.3 Acquisizione competenze di processo****5.4 Acquisizione competenze di sistema****Programma dell'attività formativa**

[Md 7.2.6 file unico .pdf](#)

## 6.1 Docenti/Relatori/Tutor

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Ruolo
DELL'ANNA	VINCENZO	DLLVCN57M14H501Z	RELATORE
LUONGO	MARGHERITA	LNGMGH77B44F839V	RELATORE
PINTORE	MAURIZIO	PNTMRZ60C08F839G	RELATORE

---

7

## Crediti assegnati

11

---

8

## Tipologia Evento

CORSO DI ADDESTRAMENTO

### 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

PRESENTE

### 8.3 Durata effettiva dell'attività formativa interattiva rispetto alla durata totale dell'evento (in ore)

4

**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**

INFO@ALIASFORMAZIONE.IT

---

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

Settoriale

Professione	Discipline
MEDICO CHIRURGO	ALLERGOLOGIA ED IMMUNOLOGIA CLINICA; ANGIOLOGIA; CARDIOLOGIA; DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA; EMATOLOGIA; ENDOCRINOLOGIA; GASTROENTEROLOGIA; GENETICA MEDICA; GERIATRIA; MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA; MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO; MALATTIE INFETTIVE; MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E DI URGENZA; MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE; MEDICINA INTERNA; MEDICINA TERMAL; MEDICINA AERONAUTICA E SPAZIALE; MEDICINA DELLO SPORT; NEFROLOGIA; NEONATOLOGIA; NEUROLOGIA; NEUROPSICHIATRIA INFANTILE; ONCOLOGIA; PEDIATRIA; PSICHIATRIA; RADIOTERAPIA; REUMATOLOGIA; CARDIOCHIRURGIA; CHIRURGIA GENERALE; CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE; CHIRURGIA PEDIATRICA; CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA; CHIRURGIA TORACICA; CHIRURGIA VASCOLARE; GINECOLOGIA E OSTETRICA; NEUROCHIRURGIA; OFTALMOLOGIA; ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA; OTORINOLARINGOIATRIA; UROLOGIA; ANATOMIA PATOLOGICA; ANESTESIA E RIANIMAZIONE; BIOCHIMICA CLINICA; FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA CLINICA; LABORATORIO DI GENETICA MEDICA; MEDICINA TRASFUSIONALE; MEDICINA LEGALE; MEDICINA NUCLEARE; MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA; NEUROFISIOPATOLOGIA; NEURORADIOLOGIA; PATOLOGIA CLINICA (LABORATORIO DI ANALISI CHIMICO-CLINICHE E MICROBIOLOGIA); RADIODIAGNOSTICA; IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITÀ PUBBLICA; IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE; MEDICINA DEL LAVORO E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO; MEDICINA GENERALE (MEDICI DI FAMIGLIA); CONTINUITÀ ASSISTENZIALE; PEDIATRIA (PEDIATRI DI LIBERA SCELTA); SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETETICA; DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO; ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DI BASE; AUDIOLOGIA E FONIATRIA; PSICOTERAPIA; CURE PALLIATIVE; EPIDEMIOLOGIA; MEDICINA DI COMUNITÀ;

**Responsabili Scientifici**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curriculum Vitae
DELL'ANNA	VINCENZO	DLLVCN57M14H501Z	SPECIALISTA IN REUMATOLOGIA	<a href="#">2013 Cv E. Dr. Dell'Anna Vincenzo .pdf</a>
PINTORE	MAURIZIO	PNTMRZ60C08F839G	SPECIALISTA IN ANESTESIA E RIANIMAZIONE	<a href="#">Pintore maurizio.pdf</a>

**Rilevanza dei docenti/relatori**

NAZIONALE

---

13

**Metodo di Insegnamento**

- SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO
- TAVOLE ROTONDE CON DIBATTITO TRA ESPERTI
- LAVORO A PICCOLI GRUPPI SU PROBLEMI E CASI CLINICI CON PRODUZIONE DI RAPPORTO FINALE DA DISCUTERE CON ESPERTO
- ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DI TUTTI I PARTECIPANTI DI ATTIVITÀ PRATICHE O TECNICHE

---

14

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

SI

---

15

**Quota di partecipazione?  
(in euro)**

250,00

---

16

**Numero partecipanti**

20

---

17

**Provenienza presumibile dei partecipanti**

NAZIONALE

---

**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**

NO

**21.2 Sono presenti altre forme di finanziamento**



NO

### **21.3 Autocertificazione assenza finanziamenti**

[Md 7.2.5 autocertificazione sponsor evento .pdf](#)

---

**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