

# Formazione Residenziale

**Ragione Sociale:**

ALIAS SRL

**Id Provider:**

2806

**Evento n°**

119802

**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

**Titolo del programma formativo**

OZONOTERAPIA NELLE MALATTIE DELL'APPARATO VASCOLARE

**Sede**

ITALIA

**2.1 Regione**

LAZIO

**2.2 Provincia**

ROMA

**2.3 Comune**

ROMA

**2.4 Indirizzo**

VIA DEI ROMAGNOLI 1041

## **2.5 Luogo Evento**

OSTIA ANTICA PARK HOTEL

## **Periodo di svolgimento**

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

2015

### **3.2 Data inizio**

15/03/2015

### **3.3 Data fine**

15/03/2015

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

## **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 ALLE PATOLOGIE VASCOLARI .

### **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     | CARLO    | LNGCRL46P09G964E | RELATORE |
| PANDOLFI   | SERGIO   | SRGPDL59M22L117X | RELATORE |

### Crediti assegnati

10,5

### 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)**

2

**Responsabile Segreteria Organizzativa**

**9.1 Cognome**

DE ANGELIS

**9.2 Nome**

MADDALENA

**9.3 Codice Fiscale**

DNGMDL90C62H501S

**9.4 Telefono**

0775505912

**9.5 Cellulare**

3483445651

**9.6 E-Mail**

INFO@ALIASFORMAZIONE.IT

## Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo

Settoriale

| Professione        | Discipline   |
|--------------------|--|
| MEDICO<br>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 OSTETRICIA; 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                                 |
|-----------|----------|------------------|---|--|
| ELL' ANNA | VINCENZO | DLLVCN57M14H501Z | SPECIALISTA IN REUMATOLOGIA               | <a href="#">Cv E. Dr. Dell'Anna Vincenzo.pdf</a> |
| LUONGO    | CARLO    | LNGCRL46P09G964E | SPECIALISTA ANESTESIOLOGIA E RIANIMAZIONE | <a href="#">CV LUONGO.pdf</a>                    |

## Rilevanza dei docenti/relatori

NAZIONALE

## Metodo di Insegnamento

- SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO
- CONFRONTO/DIBATTITO TRA PUBBLICO ED ESPERTO/I GUIDATO DA UN CONDUTTORE ("L'ESPERTO RISPONDE")
- ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DI TUTTI I PARTECIPANTI DI ATTIVITÀ PRATICHE O TECNICHE

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

SI

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

250,00

**Numero partecipanti**

20

**Provenienza presumibile dei partecipanti**

NAZIONALE

**Verifica presenza dei partecipanti**

- FIRMA DI PRESENZA

**Verifica apprendimento dei partecipanti**

- CON QUESTIONARIO

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

**Sponsor**

**21.1 L'evento è sponsorizzato**NO

**21.2 Sono presenti altre forme di finanziamento?SI**

**21.3 Contratti o Accordi di altre forme di finanziamento**

[Md 7.2.4 definizione quota iscrizione.pdf](#)

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

**Dichiarazione Conflitto Interessi**

[Md 7.5.0.1 conflitto interessi provider.pdf](#)

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

**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 ECMSI**