**FORMAZIONE RESIDENZIALE** 

**Ragione Sociale:** ALIAS SRL **Id Provider:** 2806

**Evento n°** 164077 **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**

1° CORSO INTERDISCIPLINARE DI OTORINOLARINGOIATRIA PEDIATRICA

**Sede** ITALIA

**2.1 Regione** LAZIO

**2.2 Provincia** FROSINONE

**2.3 Comune** FIUGGI

**2.4 Indirizzo** VIA CAPO I PRATI, 9

**2.5 Luogo Evento** BEST WESTERN HOTEL FIUGGI TERME

**Periodo di svolgimento**

**3.1 Anno del piano Formativo di riferimento** 2016

**3.2 Data inizio** 24/09/2016

**3.3 Data fine** 24/09/2016

**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**

QUESTO INCONTRO SCIENTIFICO HA LO SCOPO DI PROMUOVERE LO SCAMBIO CULTURALE E LA COMUNICAZIONE TRA PIÙ DISCIPLINE IN MODO TALE DA INDIRIZZARE I PARTECIPANTI ALLA FORMULAZIONE DI DIAGNOSI PIÙ PRECISE E COMPLETE.

**5.3 Acquisizione competenze di processo**

**5.4 Acquisizione competenze di sistema**

**Programma dell'attività formativa** [Md 7.2.6 File unico.pdf](javascript:__doPostBack('ctl00$ContentPlaceHolder1$lbProgramma_Value',''))

**6.1 Docenti/Relatori/Tutor**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cognome** | **Nome** | **Codice Fiscale** | **Ruolo** |
| BALZANELLI | CRISTIANO | BLZCST69D21C312L | RELATORE |
| BERTOLI | GIAN ANTONIO | BRTGNT56D18H501M | TUTOR |
| BOTTERO | SERGIO | BTTSGE53A31H501G | RELATORE |
| CHERCHI | BARBARA | CHRBBR66T66H501K | RELATORE |
| D’AMBROSIO | FERDINANDO | DMBFDN50M02G273B | RELATORE |
| DANESI | GIOVANNI | DNSGNN57T25L682D | RELATORE |
| DE CARLI | PAOLO | DCRPLA69B27H501V | RELATORE |
| DE CORSO | EUGENIO | DCRGNE76E07E335T | RELATORE |
| DE MAIO | VINCENZO | DMEVCN54C23F839Q | RELATORE |
| GALLO | ANDREA | GLLNDR56S18D612M | RELATORE |
| GRANDINETTI | PAOLO | GRNPLA66C21D086W | TUTOR |
| LA MARRA | FABIOLA | LMRFBL83L47D539X | TUTOR |
| LONGO | LUCIA | LNGLCU59T53F101R | TUTOR |
| MORESCHINI | GABRIELE | MRSGRL67T13H501G | RELATORE |
| ORLANDO | MARIA PATRIZIA | RLNMPT57B56C747X | RELATORE |
| PANATTA | MARIA LAURA | PNTMLR76B46H501V | RELATORE |
| PARRILLA | CLAUDIO | PRRCLD74S18E678F | RELATORE |
| PARTIPILO | PAOLO | PRTPLA60S14H501G | RELATORE |
| RICCI MACCARINI | ANDREA | RCCNDR58S10C553K | RELATORE |
| RUOPPOLO | GIOVANNI | RPPGNN56S25L219T | RELATORE |
| SARAGOSA | PAOLO | SRGPLA66P26C034P | TUTOR |
| SIMONELLI | MARILIA | SMNMRL61C43H501X | TUTOR |
| TURCHETTA | ROSARIA | TRCRSR57T41G838L | TUTOR |

**Crediti assegnati** 9,5

**Tipologia Evento** CORSO DI AGGIORNAMENTO

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

PRESENTE

**8.2 Formazione Residenziale Interattiva** PRESENTE

**8.3 Durata effettiva dell'attività formativa interattiva rispetto alla durata totale dell'evento(in ore)** 3

**Responsabile Segreteria Organizzativa**

**9.1 Cognome** DE ANGELIS

**9.2 Nome** MADDALENA

**9.3 Codice Fiscale** DNGMDL90C62H501S

**9.4 Telefono** 0775505916

**9.5 Cellulare** 3483445651

**9.6 E-Mail** SEGRETERIA@ALIASFORMAZIONE.IT

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Professione** | **Discipline** |
| LOGOPEDISTA | LOGOPEDISTA; |
| MEDICO CHIRURGO | ALLERGOLOGIA ED IMMUNOLOGIA CLINICA; MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA; MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO; MALATTIE INFETTIVE; MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE; MEDICINA DELLO SPORT; NEONATOLOGIA; NEUROPSICHIATRIA INFANTILE; ONCOLOGIA; PEDIATRIA; CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE; CHIRURGIA PEDIATRICA; OTORINOLARINGOIATRIA; LABORATORIO DI GENETICA MEDICA; MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA; PATOLOGIA CLINICA (LABORATORIO DI ANALISI CHIMICO-CLINICHE E MICROBIOLOGIA); IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE; MEDICINA GENERALE (MEDICI DI FAMIGLIA); PEDIATRIA (PEDIATRI DI LIBERA SCELTA); SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETETICA; AUDIOLOGIA E FONIATRIA; |
| INFERMIERE PEDIATRICO | INFERMIERE PEDIATRICO; |
| TECNICO AUDIOMETRISTA | TECNICO AUDIOMETRISTA; |
| TECNICO AUDIOPROTESISTA | TECNICO AUDIOPROTESISTA; |
| INFERMIERE | INFERMIERE; |
| TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA | TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA; |
| DIETISTA | DIETISTA; |

**Responsabili Scientifici**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cognome** | **Nome** | **Codice Fiscale** | **Qualifica** | **Curriculum Vitae** |
| SELLARI | LINA | SLLLNI65T43F839D | SPECIALISTA IN OTORINOLARINGOIATRIA | [Dr. Sellari\_Europa curriculum vitae.pdf](http://ecm.provider.agenas.it/Eventi/dettaglio_res.aspx?id_resp=248096) |

**Rilevanza dei docenti/relatori** NAZIONALE

**Metodo di Insegnamento**

* SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO
* LAVORO A PICCOLI GRUPPI SU PROBLEMI E CASI CLINICI CON PRODUZIONE DI RAPPORTO FINALE DA DISCUTERE CON ESPERTO

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

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

**Numero partecipanti** 100

**Provenienza presumibile dei partecipanti** REGIONALE

**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**SI

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

**21.3 Contratti di sponsorizzazione**[Autocertificazione sponsor evento.pdf](javascript:__doPostBack('ctl00$ContentPlaceHolder1$lbSponsor_3_Value',''))

|  |
| --- |
| **Nome Sponsor** |
| AMPLIFON SPA |
| LABORATORIO CHIMICO DECA S.R.L. |
| OMEOPIACENZA |
| ITALCHIMICI SPA |
| STEWART ITALIA S.R.L. |
| LOFARMA SPA |
| D.M.G. ITALIA S.R.L. |
| VALEAS SPA |

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

**Dichiarazione Conflitto Interessi**[Md 7.5.0.1 conflitto interessi provider.pdf](javascript:__doPostBack('ctl00$ContentPlaceHolder1$lbConflitto_Value',''))

**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 ECM**SI