

## FORMAZIONE RESIDENZIALE

<b>Ragione Sociale:</b> ALIAS SRL	<b>Id Provider:</b> 2806
<b>Evento n°</b> 210441	<b>Edizione n°</b> 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

ODONTOIATRIA E IMMAGINI TC CONEBEAM: ISTRUZIONE ALL' UTILIZZO QUOTIDIANO

<b>Sede</b>	ITALIA
<b>2.1 Regione</b>	LAZIO
<b>2.2 Provincia</b>	ROMA
<b>2.3 Comune</b>	ROMA
<b>2.4 Indirizzo</b>	P.ZZA CINECITTÀ 30/C
<b>2.5 Luogo Evento</b>	RACI- RADIODIAGNOSTICA CINECITTÀ'

### Periodo di svolgimento

**3.1 Anno del piano Formativo di riferimento** 2017

**3.2 Data inizio** 02/12/2017

**3.3 Data fine** 02/12/2017

**Durata effettiva dell'attività formativa(in ore)** 5

### 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

NELLA PRIMA PARTE VERRÀ ANALIZZATA E APPROFONDITA LA DIAGNOSTICA IN ODONTOIATRIA E LE SUE APPLICAZIONI NELLE VARIE DISCIPLINE ODONTOIATRICHE. NELLA SECONDA SI PUNTERÀ LA ATTENZIONE SULLA ODONTOIATRIA FORENSE . AI DISCENTI POI VERRÀ MOSTRATO E INSEGNATO L'USO DEL SOFTWARE DI IMAGING ( FORNITO A TUTTI I PRESENTI) E LA APPLICAZIONE PRATICA .

#### 5.3 Acquisizione competenze di processo

#### 5.4 Acquisizione competenze di sistema

### 6.1 Docenti e moderatori

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Ruolo
BRUNO	MARCELLI	MRCBRN61H17H501D	RELATORE
CIOLLI	RODOLFO	CLLRLF54R15H501B	RELATORE
TURCHETTA	CLAUDIO	TRCCLD62H16H501L	RELATORE

**Crediti assegnati** 6,8

**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** NON PRESENTE

**8.2 Formazione Residenziale Interattiva** PRESENTE

**8.3 Durata effettiva dell'attività formativa interattiva rispetto alla durata totale dell'evento (in ore)** 1

### Responsabile Segreteria Organizzativa

**9.1 Cognome** DE ANGELIS

**9.2 Nome** MADDALENA

**9.3 Codice Fiscale** DNGMDL90C62H501S

**9.4 Telefono** 0775506278

**9.5 Cellulare** 3483445651

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

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

 Settoriale

Professione	Discipline
MEDICO CHIRURGO	PEDIATRIA; CHIRURGIA GENERALE; CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE; CHIRURGIA PEDIATRICA; OTORINOLARINGOIATRIA; RADIODIAGNOSTICA; MEDICINA GENERALE (MEDICI DI FAMIGLIA);
ODONTOIATRA	ODONTOIATRIA;
IGIENISTA DENTALE	IGIENISTA DENTALE;

### Responsabili Scientifici

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curriculum Vitae
CIOLLI	RODOLFO	CLLRLF54R15H501B	SPECIALISTA IN RADIODIAGNOSTICA	<a href="#">CV Dr Ciolli.pdf</a>

**Rilevanza dei docenti/relatori** NAZIONALE

**Metodo di Insegnamento**

- SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO
- 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)** 0,00

**Numero partecipanti previsti** 20

**Provenienza presumibile dei partecipanti** LOCALE

**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** NO

**21.3 Autocertificazione assenza finanziamenti** [Md 7.2.5.1 assenza di finanziamenti evento .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 ECM** SI