



[Home Page Ecm](#) > [Home Page](#) > [Gestione Eventi](#) > Residenziale

## Formazione Residenziale

**Ragione Sociale:** ALIAS SRL

**Id Provider:** 2806

**Evento n°** 246194

**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

- |          |  |  |
|----------|--|--|
| <b>1</b> | <b>Titolo del programma formativo</b>                    | AGGIORNAMENTI IN MEDICINA RESPIRATORIA |
| <b>2</b> | <b>Sede</b>  | ITALIA                                 |
|          | <b>2.1 Regione</b>                                       | LAZIO                                  |
|          | <b>2.2 Provincia</b>                                     | LATINA                                 |
|          | <b>2.3 Comune</b>  | APRILIA                                |
|          | <b>2.4 Indirizzo</b>                                     | VIA DEL COMMERCIO, 1                   |
|          | <b>2.5 Luogo Evento</b>                                  | HOTEL ENEA                             |
| <b>3</b> | <b>Periodo di svolgimento</b>                            |  |
|          | <b>3.1 Anno del piano Formativo di riferimento</b>       | 2019                                   |
|          | <b>3.2 Data inizio</b>                                   | 23/02/2019                             |
|          | <b>3.3 Data fine</b>                                     | 23/02/2019                             |
| <b>4</b> | <b>Durata effettiva dell'attività formativa (in ore)</b> | 6                                      |
| <b>5</b> | <b>Obiettivi dell'evento</b>                             |  |

**5.1 Obiettivo formativo**

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

**5.2 Acquisizione competenze tecnico-professionali**

LE PATOLOGIE RESPIRATORIE , IN CONTINUO AUMENTO , NEC APPROCCIO SEMPRE PIÙ PUNTUALE E PERSONALIZZATO SIA F PERSONE CHE NE SONO AFFETTE UNA QUALITÀ DI VITA ACCE POTER UTILIZZARE AL MEGLIO LE OFFERTE TERAPEUTICHE CH A DISPOSIZIONE DEL MEDICO SPECIALISTA E NON .

**5.3 Acquisizione competenze di processo****5.4 Acquisizione competenze di sistema****6 Programma dell'attività formativa**[Md 7.2.6 File unico.pdf](#)**6.1 Docenti e moderatori**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
MONTANARI	STEFANO	MNTSFM55B21F257L	F
PUORTO	ANTONELLA	PRTNNL64M68F839G	F
ZOTTI	MARIA GIOCONDA MADDALENA	ZTTMGC52E69G386Q	F

**7 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**

NON PRESENTE

**9 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

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

Settoriale

Professione	Discipline
MEDICO CHIRURGO	ALLERGOLOGIA ED IMMUNOLOGIA CLINICA; CARDIOLOGIA; MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO; MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E DI URGENZA; MEDICINA INTERNA; NEUROLOGIA; PEDIATRIA; REUMATOLOGIA; MEDICINA DEL LAVORO E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO; MEDICINA GENERALE (MEDICI DI FAMIGLIA);

**11 Responsabili Scientifici**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curricula
MONTANARI	STEFANO	MNTSFN55B21F257L	SPECIALISTA IN TISILOGIA E MALATTIE APPARATO RESP	<a href="#">Cv Montanar</a>

**12 Rilevanza dei docenti/relatori**

NAZIONALE

**13 Metodo di Insegnamento**

- TAVOLE ROTONDE CON DIBATTITO TRA ESPERTI
- PRESENTAZIONE DI PROBLEMI O DI CASI CLINICI IN SEDU PICCOLI A GRUPPI)

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

SI

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

0,00

**16 Numero partecipanti previsti**

30

**17 Provenienza presumibile dei partecipanti**

REGIONALE

**18 Verifica presenza dei partecipanti**

- FIRMA DI PRESENZA

**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**

ZAMBON ITALIA SRL

**Supporto finanziario Sponsor**

3000,00

GLAXOSMITHKLINE SPA

2000,00

ABIOTEN PHARMA SPA

700,00

**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

Indietro

[Documenti](#)

[Normativa](#)

[As](#)

Powered by [Age.Na.S.](#)

via Puglie, 23 - 00187 Roma - cod. fisc 97113690586 - [Cookie Policy](#)

agen