



**REGIONE
LAZIO**

E.C.M.



agenas.



ESPOSITO Log Out

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

Formazione Residenziale

Ragione Sociale: AZIENDA USL LATINA

Id Provider: 29

Evento n° 1340

Edizione n° 1

Si tratta di un Progetto Formativo Aziendale (PFA) ? **SI**

L'evento tratta argomenti inerenti l'alimentazione della prima infanzia? **NO**

Stato Evento: **VALIDO**

1 Titolo del programma formativo	AGEVOLATORI E QUALITÀ NELLA FORMAZIONE AZIENDALE												
2 Sede	ITALIA												
2.1 Regione	LAZIO												
2.2 Provincia	LATINA												
2.3 Comune	LATINA												
2.4 Indirizzo	VIA SCARAVELLI ,SNC												
2.5 Luogo Evento	PALAZZINA DIREZIONALE PRESSO OSPEDALE S.M. GORETTI												
3 Periodo di svolgimento													
3.1 Anno del piano Formativo di riferimento	2016												
3.2 Data inizio	11/11/2016												
3.3 Data fine	11/11/2016												
4 Durata effettiva dell'attività formativa (in ore)	8												
5 Obiettivi dell'evento													
5.1 Obiettivo formativo	MANAGEMENT SANITARIO. INNOVAZIONE GESTIONALE E SPERIMENTAZIONE DI MODELLI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI												
5.2 Acquisizione competenze tecnico-professionali													
5.3 Acquisizione competenze di processo	SAPER FORMULARE E GESTIRE UN PROCESSO FORMATIVO IN LINEA CON VIDIMATI CRITERI DI QUALITÀ												
5.4 Acquisizione competenze di sistema													
6 Programma dell'attività formativa	Programma +cv.pdf												
6.1 Docenti/Relatori/Tutor													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Cognome</th> <th>Nome</th> <th>Codice Fiscale</th> <th>Ruolo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ESPOSITO</td> <td>MARIO</td> <td>SPSMRA49H27F839F</td> <td>DOCENTE</td> </tr> <tr> <td>LOMBARDI</td> <td>ASSUNTA</td> <td>LMSBNT64B45D708S</td> <td>DOCENTE</td> </tr> </tbody> </table>	Cognome	Nome	Codice Fiscale	Ruolo	ESPOSITO	MARIO	SPSMRA49H27F839F	DOCENTE	LOMBARDI	ASSUNTA	LMSBNT64B45D708S	DOCENTE
Cognome	Nome	Codice Fiscale	Ruolo										
ESPOSITO	MARIO	SPSMRA49H27F839F	DOCENTE										
LOMBARDI	ASSUNTA	LMSBNT64B45D708S	DOCENTE										
7 Crediti assegnati	11,3												
8 Tipologia Evento	CORSO DI AGGIORNAMENTO												
8.1 Workshop, seminari, corsi teorici (con meno di 100	NON PRESENTE												

partecipanti) che si svolgono all'interno di congressi e convegni

8.2 Formazione Residenziale Interattiva	PRESENTE															
8.3 Durata effettiva dell'attività formativa interattiva rispetto alla durata totale dell'evento (in ore)	6															
9 Responsabile Segreteria Organizzativa																
9.1 Cognome	MACCHIARULO															
9.2 Nome	GERMANA															
9.3 Codice Fiscale	MCCGMN76A67E472E															
9.4 Telefono	07736553498															
9.5 Cellulare	07736553480															
9.6 E-Mail	G.MACCHIARULO@AUSL.LATINA.IT															
10 Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo	Generale (Tutte le professioni)															
11 Responsabili Scientifici																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Cognome</th> <th>Nome</th> <th>Codice Fiscale</th> <th>Qualifica</th> <th>Curriculum Vitae</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ESPOSITO</td> <td>MARIO</td> <td>SPSMRA49H27F839F</td> <td>SOCIOLOGO</td> <td>cvEuropeoItalianoMARIO_1.pdf</td> </tr> <tr> <td>LOMBARDI</td> <td>ASSUNTA</td> <td>LMSNT64B45D708S</td> <td>DIRIGENTE MEDICO</td> <td>CV ASSUNTA LOMBARDI_ultimo.pdf</td> </tr> </tbody> </table>	Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curriculum Vitae	ESPOSITO	MARIO	SPSMRA49H27F839F	SOCIOLOGO	cvEuropeoItalianoMARIO_1.pdf	LOMBARDI	ASSUNTA	LMSNT64B45D708S	DIRIGENTE MEDICO	CV ASSUNTA LOMBARDI_ultimo.pdf
Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curriculum Vitae												
ESPOSITO	MARIO	SPSMRA49H27F839F	SOCIOLOGO	cvEuropeoItalianoMARIO_1.pdf												
LOMBARDI	ASSUNTA	LMSNT64B45D708S	DIRIGENTE MEDICO	CV ASSUNTA LOMBARDI_ultimo.pdf												
12 Rilevanza dei docenti/relatori	NAZIONALE															
13 Metodo di Insegnamento	<ul style="list-style-type: none"> • SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO • LAVORO A PICCOLI GRUPPI SU PROBLEMI E CASI CLINICI CON PRODUZIONE DI RAPPORTO FINALE DA DISCUTERE CON ESPERTO 															
14 E' previsto l'uso della sola lingua italiana?	SI															
15 Quota di partecipazione? (in euro)	0,00															
16 Numero partecipanti	30															
17 Provenienza presumibile dei partecipanti	LOCALE															
18 Verifica presenza dei partecipanti	<ul style="list-style-type: none"> • FIRMA DI PRESENZA • SCHEDE DI VALUTAZIONE DELL'APPRENDIMENTO (VERIFICA FINALE) FIRMATE DAI PARTECIPANTI • SISTEMA ELETTRONICO A BADGES 															
19 Verifica apprendimento dei partecipanti	<ul style="list-style-type: none"> • 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	autocertificazione finanziamento.pdf															
22 L'evento si avvale di partner?	NO															
23 Dichiarazione Conflitto Interessi	conflitto interessi evento.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 SI
di essere in possesso del consenso scritto alla
pubblicazione dei dati personali dei soggetti inseriti
nell'applicazione ECM

Indietro

[Documenti](#)

[Normativa](#)

[Assistenza](#)

[Link utili](#)

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

via Puglie, 23 - 00187 Roma - LAZIO@PEC.AGENAS.IT - cod. fisc 97113690586

