



**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°** 1373

**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** INSERIMENTO LAVORATIVO COME STRUMENTO TERAPEUTICO RIABILITATIVO IN PSICHIATRIA
- 2 Sede** ITALIA
- 2.1 Regione** LAZIO
- 2.2 Provincia** LATINA
- 2.3 Comune** APRILIA
- 2.4 Indirizzo** VIA GIUSTINIANO, SNC
- 2.5 Luogo Evento** DISTRETTO1
- 3 Periodo di svolgimento**
- 3.1 Anno del piano Formativo di riferimento** 2016
- 3.2 Data inizio** 12/12/2016
- 3.3 Data fine** 12/12/2016
- 4 Durata effettiva dell'attività formativa (in ore)** 8
- 5 Obiettivi dell'evento**
- 5.1 Obiettivo formativo** FRAGILITA' (MINORI, ANZIANI, TOSSICO-DIPENDENTI, SALUTE MENTALE) TUTELA DEGLI ASPETTI ASSISTENZIALI E SOCIO-ASSISTENZIALI
- 5.2 Acquisizione competenze tecnico-professionali** FRAGILITÀ TUTELA DEGLI ASPETTI ASSISTENZIALI E SOCIO ASSISTENZIALI
- 5.3 Acquisizione competenze di processo**
- 5.4 Acquisizione competenze di sistema**
- 5.5 L'evento ha per tema l'assistenza sanitaria alle persone che hanno subito violenza** NO
- 6 Programma dell'attività formativa** [cv+programma.pdf](#)

**6.1 Docenti/Relatori/Tutor**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Ruolo
FIORAVANTI	PAOLA	FRVPLA55C51E263F	DOCENTE
GIOVANNELLI	CLAUDIA	GVNCLD66S48A341C	DOCENTE
MONACELLI	GIACOMO	MNCGCM59L17E472Y	DOCENTE
SCHIFANO	CARMELO	SCHCML58P03A341A	DOCENTE
VENTURA	EMILIA	VNTMLE60D57L120L	DOCENTE

<b>7 Crediti assegnati</b>	8,1										
<b>8 Tipologia Evento</b>	CORSO DI AGGIORNAMENTO										
<b>8.1 Workshop, seminari, corsi teorici (con meno di 100 partecipanti) che si svolgono all'interno di congressi e convegni</b>	NON PRESENTE										
<b>8.2 Formazione Residenziale Interattiva</b>	NON PRESENTE										
<b>9 Responsabile Segreteria Organizzativa</b>											
<b>9.1 Cognome</b>	FIORAVANTI										
<b>9.2 Nome</b>	PAOLA										
<b>9.3 Codice Fiscale</b>	FRVPLA55C51E263F										
<b>9.4 Telefono</b>	06928634051										
<b>9.5 Cellulare</b>	3298318827										
<b>9.6 E-Mail</b>	P.FIORAVANTI@AUSL.LATINA.IT										
<b>10 Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo</b>	Generale (Tutte le professioni)										
<b>11 Responsabili Scientifici</b>											
	<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>FIORAVANTI</td> <td>PAOLA</td> <td>FRVPLA55C51E263F</td> <td>DIRIGENTE MEDICO</td> <td><a href="#">cv fioravanti def.pdf</a></td> </tr> </tbody> </table>	Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curriculum Vitae	FIORAVANTI	PAOLA	FRVPLA55C51E263F	DIRIGENTE MEDICO	<a href="#">cv fioravanti def.pdf</a>
Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curriculum Vitae							
FIORAVANTI	PAOLA	FRVPLA55C51E263F	DIRIGENTE MEDICO	<a href="#">cv fioravanti def.pdf</a>							
<b>12 Rilevanza dei docenti/relatori</b>	NAZIONALE										
<b>13 Metodo di Insegnamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO</li> <li>• PRESENTAZIONE DI PROBLEMI O DI CASI CLINICI IN SEDUTA PLENARIA (NON A PICCOLI A GRUPPI)</li> </ul>										
<b>14 E' previsto l'uso della sola lingua italiana?</b>	SI										
<b>15 Quota di partecipazione?</b> (in euro)	0,00										
<b>16 Numero partecipanti</b>	50										
<b>17 Provenienza presumibile dei partecipanti</b>	LOCALE										
<b>18 Verifica presenza dei partecipanti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FIRMA DI PRESENZA</li> </ul>										
<b>19 Verifica apprendimento dei partecipanti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CON QUESTIONARIO</li> </ul>										
<b>20 Tipo materiale durevole rilasciato ai partecipanti</b> (facoltativo)											
<b>21 Sponsor</b>											
<b>21.1 L'evento è sponsorizzato</b>	NO										
<b>21.2 Sono presenti altre forme di finanziamento</b>	NO										
<b>21.3 Autocertificazione assenza finanziamenti</b>	<a href="#">autocertificazione finanziamento.pdf</a>										
<b>22 L'evento si avvale di partner?</b>	NO										
<b>23 Dichiarazione Conflitto Interessi</b>	<a href="#">conflitto interessi evento.pdf</a>										
<b>24 Esiste una procedura di verifica della qualità percepita?</b>	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](mailto:LAZIO@PEC.AGENAS.IT) - cod. fisc 97113690586

