



**REGIONE
LAZIO**

E.C.M.



agenas.

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

ESPOSITO [Log Out](#)

Formazione Residenziale

Ragione Sociale: AZIENDA USL LATINA

Id Provider: 29

Evento n° 1644

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** TERRITORIO E RISORSE: STRATEGIE DI GOVERNANCE
- 2 Sede** ITALIA
 - 2.1 Regione** LAZIO
 - 2.2 Provincia** LATINA
 - 2.3 Comune** LATINA
 - 2.4 Indirizzo** DISTRETTO 4
 - 2.5 Luogo Evento** OSPEDALE TERRACINA, FONDI
- 3 Periodo di svolgimento**
 - 3.1 Anno del piano Formativo di riferimento** 2017
 - 3.2 Data inizio** 20/04/2017
 - 3.3 Data fine** 29/06/2017
- 4 Durata effettiva dell'attività formativa (in ore)** 32
- 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** CONTENUTI TECNICO-PROFESSIONALI (CONOSCENZE E COMPETENZE) SPECIFICI DI CIASCUNA PROFESSIONE, SPECIALIZZAZIONE E ATTIVITA' ULTRASPECIALISTICA
 - 5.3 Acquisizione competenze di processo** MANAGEMENT SANITARIO. INNOVAZIONE GESTIONALE E SPERIMENTAZIONE DI MODELLI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI
 - 5.4 Acquisizione competenze di sistema** PRINCIPI, PROCEDURE E STRUMENTI PER IL GOVERNO CLINICO DELLE ATTIVITÀ SANITARIE
- 6 Programma dell'attività formativa** [programma + cv.pdf](#)

6.1 Docenti/Relatori/Tutor

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Ruolo
AMMENDOLA	ERMINIA	MMNRMN56H67L120P	DOCENTE
BELLARDINI	PAOLA	BLLPLA55M42E472A	DOCENTE
DELZOTTI	LUCIANO	DLZLCN51S26H501D	DOCENTE
FRANCIONI	PIERO	FRNPRI71A05L120X	DOCENTE
MASALA	RENATO	MSLRNT57B18E472F	DOCENTE

MASSARO	GIOVANNI	MSSGNN69P21C773T	DOCENTE
QUADRINO	LUCA	QDRLCU63S11D662J	DOCENTE
SACCOCCIO	CARLO	SCCCRL54R28E241V	DOCENTE

- 7 Crediti assegnati** 33,2
-
- 8 Tipologia Evento** CORSO PRATICO FINALIZZATO ALLO SVILUPPO CONTINUO PROFESSIONALE
- 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)** 4
-
- 9 Responsabile Segreteria Organizzativa**
- 9.1 Cognome** SINAPI
- 9.2 Nome** ANTONELLA
- 9.3 Codice Fiscale** SNPNNL66M47D662F
- 9.4 Telefono** 3488630574
- 9.5 Cellulare** 3488630574
- 9.6 E-Mail** A.SINAPI@AUSL.LATINA.IT
-
- 10 Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo** Generale (Tutte le professioni)
-
- 11 Responsabili Scientifici**
- | Cognome | Nome | Codice Fiscale | Qualifica | Curriculum Vitae |
|-----------|---------|------------------|--------------------------|--|
| AMMENDOLA | ERMINIA | MMNRMN56H67L120P | MEDICO MEDICINA GENERALE | cv FIRMATO AMMENDOLA.pdf |
-
- 12 Rilevanza dei docenti/relatori** NAZIONALE
-
- 13 Metodo di Insegnamento**
- SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO
 - CONFRONTO/DIBATTITO TRA PUBBLICO ED ESPERTO/I GUIDATO DA UN CONDUTTORE ("L'ESPERTO RISPONDE")
-
- 14 E' previsto l'uso della sola lingua italiana?** SI
-
- 15 Quota di partecipazione? (in euro)** 0,00
-
- 16 Numero partecipanti previsti** 100
-
- 17 Provenienza presumibile dei partecipanti** REGIONALE
-
- 18 Verifica presenza dei partecipanti**
- FIRMA DI PRESENZA
 - SISTEMA ELETTRONICO A BADGES
-
- 19 Verifica apprendimento dei partecipanti**
- 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 di essere in possesso del consenso scritto alla pubblicazione dei dati personali dei soggetti inseriti nell'applicazione ECM | SI |

[Indietro](#)[Documenti](#)[Normativa](#)[Assistenza](#)[Link utili](#)Powered by [Age.Na.S.](#)via Puglie, 23 - 00187 Roma - LAZIO@PEC.AGENAS.IT - cod. fisc 97113690586