



**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°** 1775

**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**

<b>1 Titolo del programma formativo</b>	LA RESPONSABILITÀ DEL SANITARIO ALLA LUCE DELLA LEGGE GELLI
<b>2 Sede</b>	ITALIA
<b>2.1 Regione</b>	LAZIO
<b>2.2 Provincia</b>	LATINA
<b>2.3 Comune</b>	FONDI
<b>2.4 Indirizzo</b>	PIAZZA MATTEOTTI
<b>2.5 Luogo Evento</b>	CASTELLO BARONALE
<b>3 Periodo di svolgimento</b>	
<b>3.1 Anno del piano Formativo di riferimento</b>	2017
<b>3.2 Data inizio</b>	10/06/2017
<b>3.3 Data fine</b>	10/06/2017
<b>4 Durata effettiva dell'attività formativa (in ore)</b>	6
<b>5 Obiettivi dell'evento</b>	
<b>5.1 Obiettivo formativo</b>	CONTENUTI TECNICO-PROFESSIONALI (CONOSCENZE E COMPETENZE) SPECIFICI DI CIASCUNA PROFESSIONE, DI CIASCUNA SPECIALIZZAZIONE E DI CIASCUNA ATTIVITÀ ULTRASPECIALISTICA. MALATTIE RARE
<b>5.2 Acquisizione competenze tecnico-professionali</b>	CONTENUTI TECNICO-PROFESSIONALI (CONOSCENZE E COMPETENZE) SPECIFICI DI CIASCUNA PROFESSIONE, DI CIASCUNA SPECIALIZZAZIONE E DI CIASCUNA ATTIVITÀ ULTRASPECIALISTICA. MALATTIE RARE
<b>5.3 Acquisizione competenze di processo</b>	INTEGRAZIONE INTERPROFESSIONALE E MULTIPROFESSIONALE, INTERISTITUZIONALE
<b>5.4 Acquisizione competenze di sistema</b>	LA SICUREZZA DEL PAZIENTE. RISK MANAGEMENT
<b>6 Programma dell'attività formativa</b>	<a href="#">PROGRAMMA +CV.pdf</a>
<b>6.1 Docenti/Relatori/Tutor</b>	

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Ruolo
AVVISATI	GIORGIO	VVSPGR55P08E472Z	DOCENTE
DEL GIACCIO	GIOVANNI	DLGGNN67P20H501Q	DOCENTE
GRASSUCCI	LIDANO	GRSLDN61D17I712R	DOCENTE
ONORATO	LAURETTI	LRTNRT45T14E527T	DOCENTE
PALMIERI	FRANCESCO	PLMNL32P07I892U	DOCENTE
VECCHIOTTI	CARLA	VCCCL51L45B649K	DOCENTE
VIOLA	VINCENZO	VLIVCN64E20D708T	DOCENTE

- 7 Crediti assegnati** 6,6
- 8 Tipologia Evento** CONGRESSO/SIMPOSIO/CONFERENZA/SEMINARIO
- 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)** 2
- 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** FORMAZIONE@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  |
|------------|---------|------------------|------------------|---|
| LOMBARDI   | ASSUNTA | LMSBNT64B45D708S | DIRIGENTE MEDICO | <a href="#">CV ASSUNTA LOMBARDI ultimo.pdf</a>            |
| MATTARELLI | RENATO  | MTTRNT64B12E472B | AVVOCATO         | <a href="#">2) Relatori, Curriculum, Cod. Fiscale.pdf</a> |
- 12 Rilevanza dei docenti/relatori** NAZIONALE
- 13 Metodo di Insegnamento** • SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO
- 14 E' previsto l'uso della sola lingua italiana?** SI
- 15 Quota di partecipazione? (in euro)** 0,00
- 16 Numero partecipanti previsti** 70
- 17 Provenienza presumibile dei partecipanti** LOCALE
- 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** 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](mailto:LAZIO@PEC.AGENAS.IT) - cod. fisc 97113690586

**agenas.**  **AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI**