



**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°** 2063

**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** "ESECUZIONE DEI CONTROLLI UFFICIALI E MISURE DI ATTUAZIONE DI CUI AL REGOLAMENTO CE 882/2004 - ASPETTI NORMATIVI, ORGANIZZATIVI E PROCEDURALI"
- 2 Sede** ITALIA
- 2.1 Regione** LAZIO
- 2.2 Provincia** LATINA
- 2.3 Comune** LATINA
- 2.4 Indirizzo** SALA RIUNIONI DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
- 2.5 Luogo Evento** DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
- 3 Periodo di svolgimento**
- 3.1 Anno del piano Formativo di riferimento** 2017
- 3.2 Data inizio** 18/12/2017
- 3.3 Data fine** 20/12/2017
- 4 Durata effettiva dell'attività formativa (in ore)** 15
- 5 Obiettivi dell'evento**
- 5.1 Obiettivo formativo** SICUREZZA ALIMENTARE E/O PATOLOGIE CORRELATE
- 5.2 Acquisizione competenze tecnico-professionali** ACQUISIZIONE COMPETENZE TECNICO-PROFESSIONALI
- 5.3 Acquisizione competenze di processo** ACQUISIZIONE COMPETENZE DI PROCESSO
- 5.4 Acquisizione competenze di sistema** ACQUISIZIONE COMPETENZE DI SISTEMA X
- 6 Programma dell'attività formativa** [Programma +cv.pdf](#)
- 6.1 Docenti e moderatori**
- | Cognome  | Nome    | Codice Fiscale   | Ruolo   |
|----------|---------|------------------|---------|
| MENDITTO | ANTONIO | MNDNTN58L19H501P | DOCENTE |
| PECORARO | ALFREDO | PCRLRD62H09H860T | DOCENTE |

**7 Crediti assegnati** 16,2

|   |  |
|---|--|
| <b>8 Tipologia Evento</b>   | CORSO PRATICO PER LO SVILUPPO DI ESPERIENZE ORGANIZZATIVO-GESTIONALI |
| <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>  | PRESENTE   |
| <b>8.3 Durata effettiva dell'attività formativa interattiva rispetto alla durata totale dell'evento (in ore)</b>                | 4  |
| <b>9 Responsabile Segreteria Organizzativa</b>  |  |
| <b>9.1 Cognome</b>  | CARLINO  |
| <b>9.2 Nome</b>   | SABRINA  |
| <b>9.3 Codice Fiscale</b>   | CRLSRN68L44Z326Y   |
| <b>9.4 Telefono</b>   | 07736556800  |
| <b>9.5 Cellulare</b>  | 07736556801  |
| <b>9.6 E-Mail</b>   | S.CARLINO@AUSL.LATINA.IT   |
| <b>10 Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo</b>  | Settoriale   |

| Professione  | Discipline  |
|--|---|
| VETERINARIO  | IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE; IGIENE PROD., TRASF., COMMERCIAL., CONSERV. E TRAS. ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E DERIVATI; SANITÀ ANIMALE;  |
| BIOLOGO  | BIOLOGO;  |
| MEDICO<br>CHIRURGO   | ALLERGOLOGIA ED IMMUNOLOGIA CLINICA; ANGIOLOGIA; CARDIOLOGIA; DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA; EMATOLOGIA; ENDOCRINOLOGIA; GASTROENTEROLOGIA; GENETICA MEDICA; GERIATRIA; MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA; MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO; MALATTIE INFETTIVE; MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E DI URGENZA; MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE; MEDICINA INTERNA; MEDICINA TERMAL; MEDICINA AERONAUTICA E SPAZIALE; MEDICINA DELLO SPORT; NEFROLOGIA; NEONATOLOGIA; NEUROLOGIA; NEUROPSICHIATRIA INFANTILE; ONCOLOGIA; PEDIATRIA; PSICHIATRIA; RADIOTERAPIA; REUMATOLOGIA; CARDIOCHIRURGIA; CHIRURGIA GENERALE; CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE; CHIRURGIA PEDIATRICA; CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA; CHIRURGIA TORACICA; CHIRURGIA VASCOLARE; GINECOLOGIA E OSTETRICIA; NEUROCHIRURGIA; OFTALMOLOGIA; ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA; OTORINOLARINGOIATRIA; UROLOGIA; ANATOMIA PATOLOGICA; ANESTESIA E RIANIMAZIONE; BIOCHIMICA CLINICA; FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA CLINICA; LABORATORIO DI GENETICA MEDICA; MEDICINA TRASFUSIONALE; MEDICINA LEGALE; MEDICINA NUCLEARE; MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA; NEUROFISIOPATOLOGIA; NEURORADIOLOGIA; PATOLOGIA CLINICA (LABORATORIO DI ANALISI CHIMICO-CLINICHE E MICROBIOLOGIA); RADIODIAGNOSTICA; IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITÀ PUBBLICA; IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE; MEDICINA DEL LAVORO E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO; MEDICINA GENERALE (MEDICI DI FAMIGLIA); CONTINUITÀ ASSISTENZIALE; PEDIATRIA (PEDIATRI DI LIBERA SCELTA); SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETETICA; DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO; ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DI BASE; AUDIOLOGIA E FONIATRIA; PSICOTERAPIA; CURE PALLIATIVE; EPIDEMIOLOGIA; MEDICINA DI COMUNITÀ; |
| TECNICO DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO | TECNICO DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO;   |

**11 Responsabili Scientifici**

| Cognome | Nome          | Codice Fiscale   | Qualifica             | Curriculum Vitae                            |
|---------|---------------|------------------|-----------------------|---|
| FERMANI | ANNA GIOVANNA | FRMNGV62T66H282S | DIRIGENTE VETERINARIO | <a href="#">CV Fermani 2017 RIDOTTO.pdf</a> |

**12 Rilevanza dei docenti/relatori** NAZIONALE

**13 Metodo di Insegnamento**

- SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO
- LAVORO A PICCOLI GRUPPI SU PROBLEMI E CASI CLINICI CON PRODUZIONE DI RAPPORTO FINALE DA DISCUTERE CON ESPERTO
- ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DI TUTTI I PARTECIPANTI DI ATTIVITÀ PRATICHE O TECNICHE

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

|           |   |  |
|-----------|---|--|
| <b>15</b> | <b>Quota di partecipazione?</b><br>(in euro)  | 0,00   |
| <b>16</b> | <b>Numero partecipanti previsti</b>   | 40   |
| <b>17</b> | <b>Provenienza presumibile dei partecipanti</b>   | LOCALE   |
| <b>18</b> | <b>Verifica presenza dei partecipanti</b>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• FIRMA DI PRESENZA</li><li>• SISTEMA ELETTRONICO A BADGES</li></ul> |
| <b>19</b> | <b>Verifica apprendimento dei partecipanti</b>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• CON QUESTIONARIO</li></ul>   |
| <b>20</b> | <b>Tipo materiale durevole rilasciato ai partecipanti</b><br>(facoltativo)  |  |
| <b>21</b> | <b>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</b> | <b>L'evento si avvale di partner?</b>   | NO   |
| <b>23</b> | <b>Dichiarazione Conflitto Interessi</b>  | <a href="#">conflitto_interessi_evento.pdf</a>   |
| <b>24</b> | <b>Esiste una procedura di verifica della qualità percepita?</b>  | SI   |
| <b>25</b> | <b>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</b> | 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