



**REGIONE  
LAZIO**

**E.C.M.**



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

ESPOSITO [Log Out](#)

## Formazione Residenziale

**Ragione Sociale:** AZIENDA USL LATINA

**Id Provider:** 29

**Evento n°** 2157

**Edizione n°** 4

**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** DINAMICA DI GRUPPO IN CONTESTO EDUCATIVO

---

- 2 Sede** ITALIA
  - 2.1 Regione** LAZIO
  - 2.2 Provincia** LATINA
  - 2.3 Comune** LATINA
  - 2.4 Indirizzo** C.C. LE CORBUSIER - V.LE LE CORBUSIER
  - 2.5 Luogo Evento** SALA RIUNIONI DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

---

- 3 Periodo di svolgimento**
  - 3.1 Anno del piano Formativo di riferimento** 2018
  - 3.2 Data inizio** 04/04/2018
  - 3.3 Data fine** 05/12/2018

---

- 4 Durata effettiva dell'attività formativa (in ore)** 35

---

- 5 Obiettivi dell'evento**
  - 5.1 Obiettivo formativo** INTEGRAZIONE INTERPROFESSIONALE E MULTIPROFESSIONALE, INTERISTITUZIONALE
  - 5.2 Acquisizione competenze tecnico-professionali**
  - 5.3 Acquisizione competenze di processo** LA COMUNICAZIONE EFFICACE INTERNA, ESTERNA - INTEGRAZIONE INTERPROFESSIONALE E MULTIPROFESSIONALE
  - 5.4 Acquisizione competenze di sistema**

---

- 6 Programma dell'attività formativa** [DINAMICA DI LAVORO\\_cv-programma.pdf](#)
  - 6.1 Docenti e moderatori**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Ruolo
DE NICOLA	PIERPAOLO	DNCPLL73C31G482G	DOCENTE

---

- 7 Crediti assegnati** 50

<b>8</b>	<b>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>	30		
<b>9</b>	<b>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>	07736556802		
	<b>9.5 Cellulare</b>	07736556800		
	<b>9.6 E-Mail</b>	S.CARLINO@AUSL.LATINA.IT		
<b>10</b>	<b>Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo</b>	Generale (Tutte le professioni)		
<b>11</b>	<b>Responsabili Scientifici</b>			
		<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Codice Fiscale</b>
		MENDICO	IGINO	MNDGNI55A23D708J
				<b>Qualifica</b>
				DIRETTORE DIPARTIMENTO PREVENZIONE ASL LATINA
				<b>Curriculum Vitae</b>
				<a href="#">CV Mendico.pdf</a>
<b>12</b>	<b>Rilevanza dei docenti/relatori</b>	NAZIONALE		
<b>13</b>	<b>Metodo di Insegnamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO</li> <li>• TAVOLE ROTONDE CON DIBATTITO TRA ESPERTI</li> <li>• PRESENTAZIONE DI PROBLEMI O DI CASI CLINICI IN SEDUTA PLENARIA (NON A PICCOLI A GRUPPI)</li> <li>• ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DI TUTTI I PARTECIPANTI DI ATTIVITÀ PRATICHE O TECNICHE</li> <li>• ROLE-PLAYING</li> </ul>		
<b>14</b>	<b>E' previsto l'uso della sola lingua italiana?</b>	SI		
<b>15</b>	<b>Quota di partecipazione? (in euro)</b>	0,00		
<b>16</b>	<b>Numero partecipanti previsti</b>	25		
<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 (facoltativo)</b>			
<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>		

- |    |  |  |
|----|--|--|
| 22 | L'evento si avvale di partner?   | NO   |
| 23 | Dichiarazione Conflitto Interessi  | <a href="#">conflitto_interessi_evento.pdf</a> |
| 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

The logo for Agena.s. (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) features the text "agenas." in a lowercase, sans-serif font, followed by a stylized graphic element consisting of two curved lines, one orange and one blue, that suggest a person or a signal. To the right of this graphic, the full name "AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI" is written in a smaller, uppercase, sans-serif font.