



**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°** 2234

**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** CORSO DI AGGIORNAMENTO PER TSRM DEDICATI AL PROGRAMMA DI SCREENING MAMMOGRAFICO
- 2 Sede** ITALIA
  - 2.1 Regione** LAZIO
  - 2.2 Provincia** LATINA
  - 2.3 Comune** LATINA
  - 2.4 Indirizzo** VIA RENI
  - 2.5 Luogo Evento** OSPEDALE S.M. GORETTI
- 3 Periodo di svolgimento**
  - 3.1 Anno del piano Formativo di riferimento** 2018
  - 3.2 Data inizio** 18/05/2018
  - 3.3 Data fine** 18/05/2018
- 4 Durata effettiva dell'attività formativa (in ore)** 8
- 5 Obiettivi dell'evento**
  - 5.1 Obiettivo formativo** CONTENUTI TECNICO-PROFESSIONALI (CONOSCENZE E COMPETENZE) SPECIFICI DI CIASCUNA PROFESSIONE, DI CIASCUNA SPECIALIZZAZIONE E DI CIASCUNA ATTIVITÀ ULTRASPECIALISTICA. MALATTIE RARE
  - 5.2 Acquisizione competenze tecnico-professionali** CONTENUTI TECNICO-PROFESSIONALI (CONOSCENZE E COMPETENZE) SPECIFICI DI CIASCUNA PROFESSIONE, DI CIASCUNA SPECIALIZZAZIONE E DI CIASCUNA ATTIVITÀ ULTRASPECIALISTICA. MALATTIE RARE
  - 5.3 Acquisizione competenze di processo**
  - 5.4 Acquisizione competenze di sistema** LINEE GUIDA - PROTOCOLLI - PROCEDURE
- 6 Programma dell'attività formativa** [Programma + cv.pdf](#)

### 6.1 Docenti e moderatori

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Ruolo
BARCA	ALESSANDRA	BRCLSN65L56H501S	DOCENTE
CORTELLESA	FRANCESCO	CRTFNC66C28Z133P	DOCENTE
PACIFICI	STEFANO	PCFSFN61P25H501M	DOCENTE
RAVAZZOLO	NELIA	RVZNL81L66E472N	DOCENTE
TOMEI	ALESSANDRA	TMOLSN78H41L719N	DOCENTE

<b>7 Crediti assegnati</b>	9,5
<b>8 Tipologia Evento</b>	CORSO PRATICO FINALIZZATO ALLO SVILUPPO CONTINUO PROFESSIONALE
<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>	5
<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>	07736556802
<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
TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA	TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA;

**11 Responsabili Scientifici**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curriculum Vitae
FANELLI	GLORIA PASQUA	FNLGRP78L51C978M	DIRIGENTE MEDICO	<a href="#">CV Gloria Fanelli latina.pdf</a>
ROSSI	MARIA	RSSMRA65T59H413M	TSRM	<a href="#">cv_rossi.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>• TAVOLE ROTONDE CON DIBATTITO TRA ESPERTI</li> <li>• LAVORO A PICCOLI GRUPPI SU PROBLEMI E CASI CLINICI CON PRODUZIONE DI RAPPORTO FINALE DA DISCUTERE CON ESPERTO</li> </ul>
<b>14 E' previsto l'uso della sola lingua italiana?</b>	SI
<b>15 Quota di partecipazione? (in euro)</b>	0,00
<b>16 Numero partecipanti previsti</b>	30
<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> <li>• SISTEMA ELETTRONICO A BADGES</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 (facoltativo)</b>	
<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</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