



ROBERTA	BIAGGI	BGGRRRT64A59D972R	DOCENTE
STOPPA	ALESSANDRA	STPLSN69S48C740X	DOCENTE

- 7 Crediti assegnati** 8,9
- 8 Tipologia Evento** CORSO PRATICO PER LO SVILUPPO DI ESPERIENZE ORGANIZZATIVO-GESTIONALI
- 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)** 3
- 9 Responsabile Segreteria Organizzativa**
- 9.1 Cognome** REZZA
- 9.2 Nome** MONIA
- 9.3 Codice Fiscale** RZZMNO79M47L719J
- 9.4 Telefono** 07736553221
- 9.5 Cellulare** 07736551
- 9.6 E-Mail** SEGRETERIA.PROFESSIONISANITARIE@AUSL.LATINA.IT
- 10 Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo** Settoriale

Professione	Discipline
INFERMIERE PEDIATRICO	INFERMIERE PEDIATRICO;
INFERMIERE	INFERMIERE;

**11 Responsabili Scientifici**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curriculum Vitae
BIAGGI	ROBERTA	BGGRRRT64A59D972R	DIRIGENTE UOC PROFESSIONI SANITARIE	<a href="#">curriculum_eur_biaggi_dicembre_2017.pdf</a>
LOMBARDI	ASSUNTA	LMBSNT64B45D708S	DIRETTORE UOC FORMAZIONE	<a href="#">CV_ASSUNTA_LOMBARDI_ultimo.pdf</a>

- 12 Rilevanza dei docenti/relatori** NAZIONALE
- 13 Metodo di Insegnamento**
  - 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** 50
- 17 Provenienza presumibile dei partecipanti** LOCALE
- 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**

- |  |  |
|--|--|
| <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 L'evento si avvale di partner?</b>   | NO   |
| <b>23 Dichiarazione Conflitto Interessi</b>  | <a href="#">conflitto_interessi_evento.pdf</a>       |
| <b>24 Esiste una procedura di verifica della qualità percepita?</b>  | SI   |
| <b>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</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