



**REGIONE  
LAZIO**

**E.C.M.**



agenas.

ESPOSITO Log Out

[Home Page Ecm](#) > [Home Page](#) > [Gestione Eventi](#) > Formazione sul campo

## Formazione Sul Campo

**Ragione Sociale:** AZIENDA USL LATINA

**Id Provider:** 29

**Evento n°** 3707

**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:** **PAGATO**

<b>1 Titolo del programma formativo</b>	IL MIGLIORAMENTO DELLE PERFORMANCE DEL I E II LIVELLO DEL TSRM NELLO SCREENING MAMMOGRAFICO
<b>2 Sede</b>	ITALIA
<b>2.1 Regione</b>	LAZIO
<b>2.2 Provincia</b>	LATINA
<b>2.3 Comune</b>	LATINA
<b>2.4 Indirizzo</b>	VIA GUIDO RENI/P.ZZA CELLI
<b>2.5 Luogo Evento</b>	OSPEDALE E DISTRETTO LATINA
<b>3 Periodo di svolgimento</b>	
<b>3.1 Anno del piano Formativo di riferimento</b>	2020
<b>3.2 Data inizio</b>	26/09/2020
<b>3.3 Data fine</b>	28/11/2020
<b>4 Durata effettiva dell'attività formativa (in ore non frazionabili)</b>	45
<b>5 Obiettivi dell'evento</b>	
<b>5.1 Obiettivo formativo</b>	18 - Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, ivi incluse le malattie rare e la medicina di genere
<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>	
<b>5.4 Acquisizione competenze di sistema</b>	LINEE GUIDA - PROTOCOLLI - PROCEDURE
<b>5.5 Livello di acquisizione</b>	SVILUPPO / MIGLIORAMENTO
<b>6 Programma dell'attività formativa</b>	<a href="#">Unico.pdf</a>
<b>6.1 Docenti e moderatori</b>	

- 7 Crediti assegnati** 45
- 8 Tipologia Evento** GRUPPI DI MIGLIORAMENTO
- 8.1 Tipologia Gruppi di miglioramento** GRUPPI DI LAVORO/STUDIO/MIGLIORAMENTO
- 8.2 Redazione di un documento conclusivo** No  
(ad es.: linee guida, procedure, protocolli, indicazioni operative)
- 8.3 Partecipazione di un docente/tutor, esterno al 'Gruppo di miglioramento', che validi le attività del gruppo** No
- 9 Responsabile Segreteria Organizzativa**
- 9.1 Cognome** CARLINO
- 9.2 Nome** SABRINA
- 9.3 Codice Fiscale** CRLSRN68L44Z326Y
- 9.4 Telefono** 07736551
- 9.5 Cellulare** 07736556800
- 9.6 E-Mail** S.CARLINO@AUSL.LATINA.IT
- 10 Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo** 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="#">Unico.pdf</a>

**12 Setting di apprendimento**

- 12.1 Contesto di attività** Operativo (Es: Ospedaliero, Territoriale, etc)
- 12.2 Livello di attività** Individuale
- 12.3 Tipologia di attività** Esecutiva-Operativa

- 13 L'evento prevede integrazione con altre metodologie formative?** NO

**14 Rapporto tutor-discente**

- 14.1 Tutor**
- 14.2 Discenti**

- 15 Quota di partecipazione?** 0,00  
(in euro)

- 16 Numero partecipanti previsti** 10

- 17 Verifica presenza dei partecipanti**
- FIRMA DI PRESENZA
  - SISTEMA ELETTRONICO A BADGES

**18 Sistemi di valutazione delle attività**

- 18.1 Soggetto valutatore** Valutazione da parte del responsabile del progetto
- 18.2 Oggetto della valutazione** Competenza, capacità, abilità acquisita
- 18.3 Verifica Apprendimento Partecipanti**
- ESAME ORALE

- 19 Tipo materiale durevole rilasciato ai partecipanti**  
(facoltativo)

**20 Sponsor**

- 20.1 L'evento è sponsorizzato** NO
- 20.2 Sono presenti altre forme di finanziamento** NO
- 20.3 Autocertificazione assenza finanziamenti** [autocertificazione finanziamento.pdf](#)

**21 L'evento si avvale di partner?** NO

**22 Dichiarazione Conflitto Interessi** [conflitto interessi evento.pdf](#)

**23 Esiste una procedura di verifica della qualità percepita?** SI

**24 Il provider dichiara di essere in possesso del consenso scritto alla pubblicazione dei dati personali dei soggetti inseriti nell'evento ECM ai sensi e per gli effetti del D. lgs. n. 196/2003 e successive modificazioni, oltre che del regolamento UE 679/2016** 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

