



Log Out 🕞

 $\underline{\mathsf{Home\ Page\ Ecm}} > \underline{\mathsf{Home\ Page}} > \underline{\mathsf{Gestione\ Eventi}} > \mathsf{Formazione\ sul\ campo}$ 

## **Formazione Sul Campo**

Ragione Sociale: AZIENDA USL LATINA Id Provider: 29

Evento n° 3952 Edizione n° 1

Si tratta di un Progetto Formativo Aziendale (PFA) ?

L'evento tratta argomenti inerenti l'alimentazione della

prima infanzia?

Stato Evento:

PAGATO

NO

Titolo del programma formativo CORSO DI FORMAZIONE TEORICO-PRATICO: ESECUZIONE DI ESAMI DI RISONANZA

MAGNETICA SU APPARECCHIATURA PHILIPS ACHIEVA 1.5 T

2 Sede ITALIA

2.1 Regione LAZIO

2.2 Provincia LATINA

**2.3 Comune** FORMIA

2.4 Indirizzo VIA APPIA LATO NAPOLI

**2.5 Luogo Evento** OSPEDALE DONO SVIZZERO

3 Periodo di svolgimento

**3.1** Anno del piano Formativo di riferimento 2021

**3.2 Data inizio** 26/05/2021

**3.3 Data fine** 27/05/2021

4 Durata effettiva dell'attività formativa 12 (in ore non frazionabili)

Obiettivi dell'evento

**5.1 Obiettivo formativo** 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

**5.2 Acquisizione competenze tecnico-professionali**ADDESTRAMENTO DEL PERSONALE TECNICO DI RADIOLOGIA ALL' UTILIZZO DELLA

NUOVA APPARECCHIATURA DI RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE PHILIPS ACHIEVA 1.5 T AL FINE DI ACQUISIRE LE ABILITÀ TECNICHE PER L'UTILIZZO DEI VARI PROTOCOLLI DI ACQUISIZIONE DELLE SEQUENZE E DELLE VARIE BOBINE PER I

DIVERSI DISTRETTI CORPOREI

5.3 Acquisizione competenze di processo

5.4 Acquisizione competenze di sistema

**5.5 Livello di acquisizione** SVILUPPO / MIGLIORAMENTO

6 Programma dell'attività formativa RM Achieva Programma.pdf

6.1 Docenti e moderatori

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Ruolo
ACETO	ALESSIA	CTALSS84A53G838T	DOCENTE
BARBATO	LUCA	BRBLCU88D05H501Q	DOCENTE
POLVERARI	DANIELE	PLVDNL84D15H501S	DOCENTE

7 Crediti assegnati 15,6

8 Tipologia Evento GRUPPI DI MIGLIORAMENTO

**8.1 Tipologia Gruppi di miglioramento** GRUPPI DI LAVORO/STUDIO/MIGLIORAMENTO

8.2 Redazione di un documento conclusivo

(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

Sì

9 Responsabile Segreteria Organizzativa

 9.1 Cognome
 DEL BOVE

 9.2 Nome
 PAOLA

**9.3 Codice Fiscale** DLBPLA72R55D708R

 9.4 Telefono
 0771779545

 9.5 Cellulare
 0771779545

9.6 E-Mail P.DELBOVE@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
ACETO	ALESSIA	CTALSS84A53G838T	COORDINATORE TSRM	Curriculum Vitae Alessia.pdf

12 Setting di apprendimento

**12.1 Contesto di attività**Operativo (Es: Ospedaliero, Territoriale, etc)

12.2 Livello di attività Entrambi

**12.3 Tipologia di attività** Esecutiva-Operativa

13 L'evento prevede integrazione con altre metodologie

formative?

NO

14 Rapporto tutor-discente

 14.1 Tutor
 1

 14.2 Discenti
 4

15 Quota di partecipazione? 0,00

16 Numero partecipanti previsti 10

17 Verifica presenza dei partecipanti • FIRMA DI PRESENZA

FIRMA DI PRESENZASISTEMA ELETTRONICO A BADGES

18 Sistemi di valutazione delle attività

**18.1 Soggetto valutatore** Valutazione tra pari

**18.2 Oggetto della valutazione**Competenza, capacità, abilità acquisita

	18.3 Verifica Apprendimento Partecipanti	ESAME PRATICO				
19	Tipo materiale durevole rilasciato ai partecipanti (facoltativo)	SLIDE E DISPENSE DEL CORSO				
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					

Indietro

Powered by Age.Na.S.

via Puglie, 23 - 00187 Roma - <u>LAZIO@PEC.AGENAS.IT</u> - cod. fisc 97113690586

