



**REGIONE  
LAZIO**

**E.C.M.**



**agenas.**

Log Out

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

## Formazione Residenziale

**Ragione Sociale:** AZIENDA USL LATINA

**Id Provider:** 29

**Evento n°** 4050

**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:**

**PAGATO**

- |                                                            |                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1 Titolo del programma formativo</b>                    | CORSO DI FORMAZIONE PER PREPOSTI AI SENSI DEL D.LGS 81/2008"                                         |
| <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>                                       | AZIENDA ASL LATINA                                                                                   |
| <b>2.5 Luogo Evento</b>                                    | AULE AZIENDALI                                                                                       |
| <b>3 Periodo di svolgimento</b>                            |                                                                                                      |
| <b>3.1 Anno del piano Formativo di riferimento</b>         | 2021                                                                                                 |
| <b>3.2 Data inizio</b>                                     | 25/11/2021                                                                                           |
| <b>3.3 Data fine</b>                                       | 25/11/2021                                                                                           |
| <b>4 Durata effettiva dell'attività formativa (in ore)</b> | 8                                                                                                    |
| <b>5 Obiettivi dell'evento</b>                             |                                                                                                      |
| <b>5.1 Obiettivo formativo</b>                             | 27 - Sicurezza e igiene negli ambienti e nei luoghi di lavoro e patologie correlate. Radioprotezione |
| <b>5.2 Acquisizione competenze tecnico-professionali</b>   |                                                                                                      |
| <b>5.3 Acquisizione competenze di processo</b>             | MANAGEMENT SANITARIO. INNOVAZIONE GESTIONALE E SPERIMENTAZIONE DI MODELLI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI |
| <b>5.4 Acquisizione competenze di sistema</b>              | LINEE GUIDA - PROTOCOLLI - PROCEDURE                                                                 |
| <b>6 Programma dell'attività formativa</b>                 | <a href="#">Programma corso.pdf</a>                                                                  |

**6.1 Docenti e moderatori**

| Cognome | Nome     | Codice Fiscale   | Ruolo   |
|---------|----------|------------------|---------|
| BIAGGI  | ROBERTA  | BGGRR64A59D972R  | DOCENTE |
| PERNA   | CRISTINA | PRNCST82E52H501D | DOCENTE |

- 7 Crediti assegnati** 10,4
- 8 Tipologia Evento** CORSO DI AGGIORNAMENTO
- 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)** 8
- 9 Responsabile Segreteria Organizzativa**
- 9.1 Cognome** FILIPPI
- 9.2 Nome** ENZO
- 9.3 Codice Fiscale** FLPNZE78D27L120C
- 9.4 Telefono** 07736553725
- 9.5 Cellulare** 3280414327
- 9.6 E-Mail** E.FILIPPI@AUSL.LATINA.IT
- 10 Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo** Generale (Tutte le professioni)

**11 Responsabili Scientifici**

| Cognome | Nome     | Codice Fiscale   | Qualifica      | Curriculum Vitae                   |
|---------|----------|------------------|----------------|------------------------------------|
| PERNA   | CRISTINA | PRNCST82E52H501D | DIRIGENTE RSPP | <a href="#">CV_Perna.compr.pdf</a> |

- 12 Rilevanza dei docenti/relatori** NAZIONALE
- 13 Metodo di Insegnamento**
- SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO
  - ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DI TUTTI I PARTECIPANTI DI ATTIVITÀ PRATICHE O TECNICHE
  - ROLE-PLAYING
- 14 E' previsto l'uso della sola lingua italiana?** SI
- 15 Quota di partecipazione? (in euro)** 0,00
- 16 Numero partecipanti previsti** 35
- 17 Provenienza presumibile dei partecipanti** LOCALE
- 18 Verifica presenza dei partecipanti**
- FIRMA DI PRESENZA
  - SISTEMA ELETTRONICO A BADGES
- 19 Verifica apprendimento dei partecipanti**
- QUESTIONARIO A RISPOSTA MULTIPLA

**20 Tipo materiale durevole rilasciato ai partecipanti (facoltativo)**

**21 Sponsor**

**21.1 L'evento è sponsorizzato** NO

**21.2 Sono presenti altre forme di finanziamento** NO

**21.3 Autocertificazione assenza finanziamenti** [autocertificazione finanziamento.pdf](#)

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

**23 Dichiarazione Conflitto Interessi** [conflitto\\_interessi\\_evento.pdf](#)

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

**25 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

Powered by [Age.Na.S.](#)

via Puglie, 23 - 00187 Roma - [LAZIO@PEC.AGENAS.IT](mailto:LAZIO@PEC.AGENAS.IT) - cod. fisc 97113690586

