



REGIONE
LAZIO

E.C.M.



age.na.s

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

Formazione Sul Campo

Ragione Sociale: AZIENDA USL LATINA

Id Provider: 29

Evento n° 4117

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

1 Titolo del programma formativo	CORSO TEORICO-PRATICO DI DIAGNOSTICA ARTICOLARE PERIFERICA T UTILIZZO DI APPARECCHIATURA RM A BASSO CAMPO
2 Sede	ITALIA
2.1 Regione	LAZIO
2.2 Provincia	LATINA
2.3 Comune	TERRACINA
2.4 Indirizzo	VIA FIRENZE 1
2.5 Luogo Evento	AULA MAGNA PRESSO OSPEDALE A.FIORINI
3 Periodo di svolgimento	
3.1 Anno del piano Formativo di riferimento	2021
3.2 Data inizio	25/09/2021
3.3 Data fine	25/11/2021
4 Durata effettiva dell'attività formativa (in ore non frazionabili)	12
5 Obiettivi dell'evento	
5.1 Obiettivo formativo	18 - Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecia includere le malattie rare e la medicina di genere
5.2 Acquisizione competenze tecnico-professionali	ACQUISIZIONE DELLE COMPETENZE, NELL'AMBITO DELLE PERTINENZE L PROFILO PROFESSIONALE, ESSENZIALI ALL'ESECUZIONE TECNICA DELL PROCEDURA DIAGNOSTICA
5.3 Acquisizione competenze di processo	PERFEZIONAMENTO DELLE CAPACITÀ NECESSARIE PER L'OTTIMIZZAZIO PROTOCOLLI DIAGNOSTICI, ELIMINAZIONE DEGLI ARTEFATTI E RAGGIUI DI UNA PRESTAZIONE DIAGNOSTICA DI QUALITÀ
5.4 Acquisizione competenze di sistema	

MIGLIORAMENTO DELLA CORRETTA GESTIONE DEI TEMPI D'ESAME,
PERFEZIONAMENTO DEL LAVORO IN EQUIPE E COLLABORAZIONE
INTERDISCIPLINARE. CORRETTA GESTIONE DEL PAZIENTE E DEL CONSE
INFORMATO

5.5 Livello di acquisizione

SVILUPPO / MIGLIORAMENTO

6 Programma dell'attività formativa

[Programma evento formativo_cv.pdf](#)

6.1 Docenti e moderatori

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Ruolo
CANDREVA	ROSANNA	CNDRNN85H63D662C	DOCENTE
DE VIVO	MAURIZIO	DVVMRZ70C27L259K	DOCENTE
IANNONI	FEDERICO	NNNFRC87E14L120X	DOCENTE
SCOCCHI	CESARE	SCCCSR87A08H501M	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)

Sì

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

SCOCCHI

9.2 Nome

CESARE

9.3 Codice Fiscale

SCCCSR87A08H501M

9.4 Telefono

07736556551

9.5 Cellulare

3391255159

9.6 E-Mail

C.SCOCCHI@AUSL.LATINA.IT

10 Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo

Settoriale

Professione

TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA

Discipline

TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA;

11 Responsabili Scientifici

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curriculum Vitae
DE VIVO	MAURIZIO	DVVMRZ70C27L259K	TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA	CV DE VIVO MAURIZIO.pd
IANNONI	FEDERICO	NNNFRC87E14L120X	TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA	CV IANNONI FEDERICO.pd

12 Setting di apprendimento

12.1 Contesto di attività

Operativo (Es: Ospedaliero, Territoriale, etc)

12.2 Livello di attività

Di gruppo

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	2
15 Quota di partecipazione? (in euro)	0,00
16 Numero partecipanti previsti	25
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 Tutor
18.2 Oggetto della valutazione	Competenza, capacità, abilità acquisita
18.3 Verifica Apprendimento Partecipanti	QUESTIONARIO A RISPOSTA MULTIPLA
19 Tipo materiale durevole rilasciato ai partecipanti (facoltativo)	INVIO ONLINE DI DISPENSE INERENTI AGLI ARGOMENTI TRATTATI
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