MALATTIE RARE
LA VITA È ANCORA BELLA...
...DIAGNOSI, TERAPIA E QUALITÀ DI VITA

2° CONGRESSO REGIONALE
BARI, 21-23 FEBBRAIO 2013

SCHEDA DI ADESIONE

da inviare compilata a stampatello via e.mail o fax a:

Centro Italiano Congressi CIC Sud – Viale Escrivà, 28 - 70124 BARI - Tel. 080.5043737 - Fax 080.5043736 - E.mail:info@cicsud.it

DEADLINE : 12 FEBBRAIO 2013

Cognome..... Nome.....

Qualifica ❑ Medico Specializzazione.....

❑ Biologo ❑ Farmacista ❑ Infermiere ❑ Fisioterapista ❑ Logopedista
❑ Terapista occupazionale ❑ Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva

Reparto..... ASL/Ospedale di appartenenza .....

Città..... CAP..... Tel. ..... Fax .....

Corsi interattivi • Giovedì 21 Febbraio 2013 • ore 10.00 -14.00 (max 50 pax)

❑ Ore 10.00-12.00 • Corso interattivo • Sala A
Gestione dei bisogni assistenziali nelle patologie neurologiche complesse dell'adulto e del bambino: dalla domotica alla macchina della tosse.

❑ Ore 12.00-14.00 • Corso interattivo • Sala A
Le malattie rare con ritardo mentale: la riabilitazione come e quando

❑ Ore 10.00-12.00 • Corso interattivo • Sala B
L'autonomia possibile: comunicazione e presa in carico delle persone con malattia rara

❑ Ore 12.00 -14.00 • Corso interattivo • Sala B
Gli ostacoli alla via del respiro: migliorare le competenze nella diagnosi e gestione del bambino con Kartagener e disturbi respiratori del sonno

❑ Ore 10.00-12.00 • Corso interattivo • Sala C
Sport e disabilità rara

❑ Ore 12.00-14.00 • Corso interattivo • Sala C
Malattie rare ed ipovisione: assessment diagnostico e riabilitativo

❑ **Convegno infermieristico (Sessione parallela del Congresso Regionale)**
Venerdì 22 Febbraio 2013 • ore 10.00-14.00 (max 100 pax)

DATI NECESSARI PER ECM (Su precise esigenze del Min. Sal., si richiede la massima precisione nella compilazione)

Inquadramento professionale ❑ Libero professionista ❑ Dipendente ❑ Convenzionato

Luogo e data di nascita .....

Cod. Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

Indirizzo ab. .....

Città..... CAP..... Tel. ..... E.mail .....

GARANZIA DI RISERVATEZZA

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.lgs. n. 196/03.

Firma..... Data .....