



LO SCREENING MAMMOGRAFICO

**POLICLINICO OSPEDALIERO – UNIVERSITARIO - FOGGIA
AULA TURTUR 19 MAGGIO 2023**

ORARIO	RELAZIONI	RELATORI
09.30 – 10.00	REGISTRAZIONE DEI PARTECIPANTI	
10.00 – 10.30	SALUTI DELLE ISTITUZIONI	
	I SESSIONE	
10.30 -11.10	INTRODUZIONE	DOTT. M. DI MILLO
11.10 – 11.50	I DATI DELLO SCREENING IN PUGLIA	DOTT. S. TERMITE
11.50 – 12.30	RADIOLOGIA SENOLOGICA E RADIOLOGIA DI SCREENING	DOTT.SSA M. CAPODIECI
12.30 – 13.30	LO SCREENING E LE BREAST UNIT	DOTT. M. FARUOLO
13.30 – 15.00	PAUSA	
	II SESSIONE	
15.00 – 15.20	LETTURA DEL PRESIDENTE GISMaS	DOTT.SSA DEANDREA
15.20 – 16.00	I PERCORSI DELLO SCREENING NEL NOSTRO TERRITORIO: PARTECIPANO ALLA DISCUSSIONE LE RADIOLOGIE SENOLOGICHE, I CoRo, LE BREAST UNIT, LE ASSOCIAZIONI	MODERATORE DOTT. F. VITULLI
16.00 – 16.30	RIUNIONE DELLA BREAST UNIT DEL POLICLINICO	DOTT. M. DI MILLO
16.30 – 17.00	CHIUSURA DEI LAVORI E CONSEGNA DEL QUESTIONARIO ECM	DOTT. M. DI MILLO

Responsabile Scientifico Dott. Marcello Di Millo

Evento formativo aziendale, accreditato per Medico Chirurgo, Biologo, Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico, Tecnico Sanitario di Radiologia Medica, Infermiere, Dietista, Ostetrica, Fisioterapia, Farmacista, Psicologo (80 partecipanti; 5 crediti formativi ECM).

Per informazioni e iscrizioni: Struttura Formazione

Sig.ra Forcella Rosa, tel. 0881-736412, Dott.ssa Michelina Crisetti tel. 0881-736259, Sig. Palumbo Arcangelo, tel. 0881-736052; mail: strutturaformazione@ospedaliriunitifoggia.it



Struttura Formazione SCHEDA DI ISCRIZIONE EVENTO FORMATIVO RESIDENZIALE



Cognome _____

Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Professione _____ Disciplina _____

Unità Operativa _____

Ente di appartenenza _____

Dipendente ☐ **Convenzionato** ☐ **Libero Professionista** ☐ **Privo di occupazione** ☐

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Indirizzo privato

Via/Piazza _____ N. _____

CAP _____ Località _____ Provincia _____

Telefono _____ Cellulare _____

Posta elettronica _____

Evento formativo aziendale al quale chiede di essere ammesso/a: **LO SCREENING MAMMOGRAFICO**

Sede: POLICLINICO FOGGIA OSPEDALIERO UNIVERSITARIO- AULA TURTUR

Data: 19 MAGGIO 2023

Orario: 09.30 – 17.00

La frequenza del Corso è assolutamente compatibile con la garanzia di continuità operativa di tutte le attività clinico-assistenziali della U.O. e delle UU.OO. funzionalmente connesse.

Data _____

Il Partecipante

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER REGISTRAZIONE EVENTI/CORSI

Desideriamo informarLa che i Suoi dati personali acquisiti attraverso questo modulo di registrazione saranno utilizzati dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Foggia, esclusivamente per dare seguito alla Sua richiesta di registrazione all'evento/corso, nel pieno rispetto delle vigenti normative in materia di protezione dei dati personali. Il trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza, ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. N. 196/2003, così come modificato dal D.Lgs. n.101/2018). E' possibile esercitare, in un qualsiasi momento, tutti i diritti previsti dagli artt. 15 e seguenti del Regolamento UE 679/2016 ed in particolare opporsi al trattamento dei dati, inviando la richiesta al Responsabile per la protezione dei dati, utilizzando l'e-mail: silvestris@ospedaliriunitifoggia.it.

Il Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Ospedaliero- Universitaria "Ospedali Riuniti" con sede in Foggia al Viale L. Pinto, 1, in persona del Direttore Generale pro-tempore, contattabile ai seguenti recapiti:

Telefono: 0881-732441 – e-mail: direzione generale.segreteria@ospedaliriunitifoggia.it.

Le informazioni dettagliate sul trattamento dei Suoi dati personali sono disponibili sul nostro sito web all'indirizzo <https://www.sanita.puglia.it/web/ospedaliriunitifoggia.it>, nell'apposita sezione "Privacy".

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali così come indicati nell'informativa che precede.

Data _____

Firma
