Policlinico Foggia

ospedaliero-universitario

E.C.M.

Struttura Formazione

SCHEDA DI ISCRIZIONE PROGETTO FORMATIVO RESIDENZIALE

* Cognome _____

* Nome _____

* Luogo e data di nascita _____

* Professione _____Disciplina_____

* Unità Operativa _____

* Ente di appartenenza _____

*** Dipendente** ☐ *** Convenzionato** ☐

* Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

* **Indirizzo privato**

* Via/Piazza _____ * N. _____

* CAP _____ * Località _____ * Provincia _____

* Telefono _____ * Cellulare _____

* Posta elettronica _____

Progetto formativo al quale chiede di essere ammesso/ **"NEUROFENOMENOLOGIA DELLE PATOLOGIE DEL TORACE**

Data: ED. 1 24/11/2023

ORARIO DALLE ORE: 09.00 ALLE 14,30

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.

Il Partecipante

Il Direttore di Struttura

Infermiere Coordinatore

_____ _____

(firma leggibile e timbro)

_____

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: lsilvestris@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: direzionegenerale.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

Policlinico Foggia

ospedaliero-universitario

STRUTTURA DI FORMAZIONE
PROVIDER REGIONALE N. 52

NEUROFENOMENOLOGIA DELLE PATOLOGIE DEL TORACE

PROGRAMMA		
ATTIVITA'	**Titolo**	**Relatori**
09.00 - 09.30	SINDROMI PARANEOPLASTICHE	PROF. MATTEO LANDRISCINA, DOTT. GUIDO GIORDANO
09.30 - 10.00	I SINDROMI MIASTENICHE E MIASTENIFORMI	DOTT.SSA MARIA EVA TERRACCIANO
10.00 – 10.30	LA MIASTENIA E LA GHIANDOLA TIMICA	DOTT.SSA MICHELA CAMPO
10.30 – 11.30	RUOLO DELLA CHIRURGIA NELLA PATOLOGIA MIASTENICA	DOTT.SSA ARDÒ
11.30 – 12.00	IL PERCORSO ANESTESIOLOGICO ATTUALE IN PAZIENTI CON SINDROME MIASTENICA	DOTT.SSA MARIA MENGA
12.00 - 13.00	LA SINDROME DI PANCOAST – RUOLO DELLA CHIRURGIA NEL TUMORE DI PANCOAST	DOTT.SSA RITA MARASCO
13.00 – 13.30	ASPETTI DI TERAPIA DEL DOLORE NELLA PATOLOGIA ONCOLOGICA DEL TORACE	DOTT.UGLIOLA
13.30 – 14.30	CHIUSURA DEI LAVORI E CONSEGNA QUESTIONARIO ECM	DOTT.SSA RITA MARASCO

Per informazioni e iscrizioni Struttura Formazione:
Sig.ra Forcella Rosa, tel. 0881-736412,
Dott.ssa Michelina Crisetti tel. 0881 – 736259,
Sig. Palumbo Arcangelo, tel. 0881736052;
e-mail: strutturaformazione@ospedaliriunitifoggia.it