

**Struttura di Formazione**

**Provider Regionale n. 52**

**BIOETICA CLINICA 2017**

**15/09/2017**

**OSPEDALI RIUNITI FOGGIA – AULA RADIOTERAPIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ORARIO** | **RELAZIONI** | **RELATORI** |
|  | **DESCRIZIONE DI CASO CLINICO DI REINTEVENTI DI LAPAROSTOMIA** |  |
| **16.00 – 16.15** | **APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE** | **DOTT. F. TRICARICO** |
| **16.15 – 17.00** | **PRESENTAZIONE DI CASO CLINICO DI PAZIENTE CHIRURGICO CRITICO** | **DOTT. SSA D. G. PERFETTO** |
| **17.00 – 17.45** | **PRESSIONE INTRADDOMINALE. MODIFICAZIONI IN CORSO DI INTERVENTO CHIRURGICO E PROBLEMATICHE ANESTESIOLOGICHE** | **DOTT. G. ANZIVINO** |
| **17.45 – 18.30** | **DISCUSSIONE –**  **QUESTIONI ETICHE DEL FINE VITA: PROPORZIONALITA’, EFFICACIA E BENEFICIO GLOBALE DEI TRATTAMENTI** | **TUTTI I RELATORI** |
| **18.30 – 19.00** | **CONSEGNA QUESTIONARIO ECM**  **CHIUSURA DEI LAVORI** | **DOTT. F. TRICARICO** |

***Responsabile Scientifico: Dott. Fausto Giacomo Tricarico***

***Segreteria Organizzativa: Dott.ssa Désirée Gigliola Perfetto***

***Evento accreditato per Tutte le Professioni (50 partecipanti; 3 crediti ECM)***

***Per informazioni e iscrizioni: Struttura Formazione OO.RR. Foggia Dott.ssa Michelina Crisetti***

***mail*** [***mcrisetti@ospedaliriunitifoggia.it***](mailto:mcrisetti@ospedaliriunitifoggia.it)***; tel. 0881736259***

**Struttura Formazione**

1Class



**SCHEDA DI ISCRIZIONE EVENTO FORMATIVO RESIDENZIALE**

\* Cognome

\* Nome

\* Luogo e data di nascita

\* Professione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Disciplina\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Unità Operativa

\* Ente di appartenenza

**\* Dipendente □ \* Libero professionista □ \* Convenzionato □ \* Privo di occupazione □**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \* Codice fiscale |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* **Indirizzo privato**

\* Via/Piazza  \* N.

\* CAP \* Località \* Provincia

\* Telefono \* Cellulare

\* Posta elettronica

\*Evento Formativo al quale chiede di essere ammesso/a: **BIOETICA CLINICA 2017**

**Date: 15 SETTEMBRE 2017**

**Sede: OSPEDALI RIUNITI FOGGIA - AULA RADIOTERAPIA**

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*FIRMA*

|  |
| --- |
| **È NECESSARIO COMPILARE TUTTI I CAMPI IN STAMPATELLO**  **\* DATI OBBLIGATORI PER IL RICONOSCIMENTO DEI CREDITI ECM (IN MANCANZA DEI QUALI GLI STESSI NON POTRANNO ESSERE RILASCIATI)** |

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196**

Autorizzo la Struttura di Formazione al trattamento dei dati personali da me forniti limitatamente alle finalità attinenti allo svolgimento del su citato progetto formativo regionale, adottando le misure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto della normativa sopra richiamata.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*FIRMA*