

**Struttura di Formazione**

**Provider Regionale n. 52**

**CORSO DI FORMAZIONE PER TUTOR DI TIROCINIO FISIOTERAPISTI**

**OSPEDALI RIUNITI FOGGIA – AULA TURTUR**

**12 E 15 OTTOBRE 2018**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ORARIO | RELAZIONI | RELATORI |
|  | 12/10/2018 |  |
|  | MODERATORI:  PROF.SSA ANGELA BRUNA MAFFIONE  PROF. MAURIZIO RANIERI |  |
| 15.00 – 15.30 | IL PERCORSO DI STUDIO IN FISIOTERAPIA | PROF.SSA ANGELA BRUNA MAFFIONE |
| 15.30 – 17.00 | CORE COMPETENCE DEL TIROCINIO | DOTT.SSA PATRIZIA GALANTINI /  DOTT.SSA CLAUDIA PATI |
| 17.00 – 17.30 | PAUSA |  |
| 17.30 – 19.00 | CORE COMPETENCE DEL TIROCINIO | DOTT.SSA PATRIZIA GALANTINI /  DOTT. CLAUDIA PATI |
|  | 15/10/2018 |  |
|  | MODERATORI:  PROF.SSA ANGELA BRUNA MAFFIONE  PROF. MAURIZIO RANIERI |  |
| 15.00 – 15.30 | CORE VALUES | DOTT.SSA ORSOLA MARIA STELLA FURNO |
| 15.30 – 16.00 | LA DIDATTICA TUTORIALE | DOTT. SSA ANNA MIANI |
| 16.00 – 17.00 | IL COUNSELLING E IL SOSTEGNO VERSO LO STUDENTE DURANTE L’APPRENDIMENTO IN TIROCINIO | PROF.SSA ANNAMARIA  PETITO |
| 17.00 – 17.30 | L’ESPERIENZA DI TIROCINIO | DOTT. SSA ANNA MIANI |
| 17.30 – 18.00 | L’ESPERIENZA DI TIROCINIO | DOTT.SSA ORSOLA MARIA STELLA FURNO |
| 18.00 – 19.00 | CONSEGNA QUESIONARIO ECM E CHIUSURA DEI LAVORI | PROF. MAURIZIO RANIERI |

***Responsabile scientifico: Prof. Maurizio Ranieri***

***Evento formativo aziendale accreditato per Fisioterapisti (100 partecipanti; 7 crediti formativi ECM).***

***Per informazioni e iscrizioni: Dott.ssa Michelina Crisetti Struttura Formazione Azienda Ospedaliero – Universitaria Ospedali Riuniti di Foggia. Tel. 0881/736259; mail:*** [***mcrisetti@ospedaliriunitifoggia.it***](mailto:mcrisetti@ospedaliriunitifoggia.it)

1Class**Struttura Formazione**



**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: CORSO DI FORMAZIONE PER TUTOR DI TIROCINIO FISIOTERAPISTI**

**Date: 12 E 15 OTTOBRE 2018**

**Sede: OSPEDALI RIUNITI FOGGIA – AULA TURTUR**

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*FIRMA*

**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*