

**Struttura di Formazione**

**Provider Regionale n. 52**

**CUORE E DIABETE**

**14 GIUGNO 2018**

**AULA S.C. ENDOCRINOLOGIA – OSPEDALI RIUNITI FOGGIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ORARIO | RELAZIONI | RELATORI |
| 14.00 - 14.30 | Il paziente diabetico con multimorbidità cardiovascolari | Prof.ssa O. Lamacchia |
| 14.30 - 15.30 | Scompenso cardiaco e diabete | Prof. N. Brunetti |
| 15.30 - 16.30 | Glifozine ed outcome cardiovascolare | Prof.ssa O. Lamacchia |
| 16.30 - 17.00 | Gestione interdisciplinare  del paziente diabetico cardiopatico | Prof. N. Brunetti |
| 17.00 - 17.30 | Gestione interdisciplinare  del paziente diabetico cardiopatico | Prof.ssa O. Lamacchia |
| 17.30 - 18.00 | Discussione e conclusione | Prof. N Brunetti –  Prof.ssa O. Lamacchia |
| 18.00 - 18.30 | Consegna questionario ECM | Prof.ssa O. Lamacchia |

Responsabile Scientifico e Segreteria Organizzativa Prof.ssa Olga Lamacchia

*Progetto formativo aziendale accreditato per Medico Chirurgo (20 partecipanti; 5,2 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*

1Class**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/a: CUORE E DIABETE**

**Date: 14/06/2018**

**Sede: AULA S.C. ENDOCRINOLOGIA - OSPEDALI RIUNITI FOGGIA**

**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 Il Direttore di Struttura**

**(firma leggibile e timbro)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**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*