



 **Struttura di Formazione**

 **Provider Regionale**

**IL PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE PER LE DONNE**

**CON IL TUMORE DELLA MAMMELLA**

**09 GENNAIO 2023**

**POLICLINICO FOGGIA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIO**

**SALA MEETING BREST UNIT**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ORARIO** | **RELAZIONI** | **RELATORI** |
| 08.00 – 10.00 | INTRODUZIONE AL PDTA | DR. DI MILLO M.DR. ZHURAKIVSKA N. |
| 10.00 – 11.00 | CASI CLINICI | DR. TERENZIO A.DR.ZHURAKIVSKA N |
| 11.00 – 12.00 | DISCUSSIONE | DR. TERENZIO A.DR. ZHURAKIVSKA N |
| 12.00 – 13.00 | RELAZIONE CASI CLINICIVERIFICA APPRENDIMENTO | DR. DI MILLO M. |

Responsabile Scientifico: Dott. Marcello Di Millo

Progetto formativo aziendale, accreditato per Medico Chirurgo, Farmacista, Biologo, Psicologo, Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico, Tecnico Sanitario di Radiologia Medica, Fisioterapista, Infermiere, Dietista, Ostetrica ( 20 partecipanti; 6,5 crediti formativi ECM).

Destinatari

Il Corso è rivolto al personale dedicato al PDTA del carcinoma mammario.

Per informazioni e iscrizioni: Struttura Formazione

Dott.ssa Michelina Crisetti**, tel. 0881736259, mail: mcrisetti@ospedaliriunitifoggia.it**

**

**

**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: **IL PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE PER LE DONNE CON IL TUMORE DELLA MAMMELLA**

**Sede: Policlinico Foggia Ospedaliero - Universitario Sala Meeting Brest Unit**

**Orario: 08.00 – 13.00**

**Data: 09 GENNAIO 2023**

**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 Coordinatore Il Direttore di Struttura**

 **(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

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