

SCHEDA DI ISCRIZIONE PRESENTAZIONE CORSO DI IMMUNOLOGIA CLINICA APPLICATA

ROMA 29 settembre 2018

Sede: **CIMI** Via Vincenzo Monti 12 00152 ROMA

h 09:00 – 09:15	Registrazione partecipanti	
h 09:15 – 09:45	Presentazione del programma , razionalità e scopi di questo	
h 09:45 – 10:30	“Maculopatia epiretinica: miglioramento del tessuto epiretinico”	Dr.ssa S.Graziosi
h 10:30 – 11:15	“Un nuovo sguardo sulle malattie neurodegenerative”	Dr.ssa D.Mannino
h 11:15 – 11:45	COFFEE BREAK	
h 11:45 – 12:30	“ Importanza dell’alimentazione nell’omeostasi dell’organismo umano”	Dr.ssa M.Calascibetta
h 12:30 – 13:15	“Microbiota intestinale e suo ruolo”	Dr V.Mazziotta
h 13:15 – 14:00	PAUSA LUNCH	
h 14:15 – 15:00	“Approccio manuale osteopatico nell’equilibrio dell’organismo umano”	Dr F.D’Ammando
h 15:00 – 15:45	“Quale terapia senza eziologia?”	Dr A.Semeraro
h 15:45 – 16:30	“Glicoproteine low-dose e SKA in alcune patologie osteoarticolari”	Dr G.Noccioli
h 16:30 – 17:00	CONCLUSIONI	
h 17:00 – 17:30	TEST APPRENDIMENTO per ECM	

ACCREDITAMENTO ECM*

Il Corso Formativo sarà accreditato per la professione di **Medico Chirurgo** (con tutte le discipline riconosciute dal Ministero della Salute) **Biologo, Farmacista**

Iscrizione entro **il 20 Settembre**

Il seminario è **gratuito**

* I crediti ECM saranno erogati esclusivamente previa partecipazione alla data indicata, Compilazione della Scheda di Valutazione, Superamento del Questionario ECM, Firme di Entrata e Uscita

Sponsor Unico:



SCHEDA DI ISCRIZIONE PRESENTAZIONE CORSO DI IMMUNOLOGIA CLINICA APPLICATA ISCRIZIONE

Intendo far richiesta dei crediti ECM in qualità di:

- Medico Chirurgo* Biologo Farmacista Ospedaliero
 Farmacista Territoriale

* Per la figura del **MEDICO CHIRURGO** sono state accreditate tutte le **SPECIALIZZAZIONI** riconosciute dal Ministero della Salute, indicare di seguito la Specializzazione: _____

MODALITA' DI ISCRIZIONE

- ✓ L'iscrizione al convegno è obbligatoria e a numero chiuso.
- ✓ Compilare il presente modulo in stampatello e rispedire all'indirizzo e-mail: c.rodriquez@alfafcm.com.
- ✓ L'iscrizione sarà ritenuta valida esclusivamente previa conferma da parte della Segreteria Organizzativa e Provider ECM:

*ALFA FCM - Via Paolo Emilio 10, 00192 Roma
Tel: +39 06.87756962 - Fax: +39 06 30194035*

DATI ANAGRAFICI

* I campi contrassegnati da asterisco sono indispensabili ai fini dell'iscrizione

*Nome: _____ *Cognome: _____

Indirizzo Completo: _____

*Cellulare: _____ Tel: _____

*E-mail: _____

*CODICE FISCALE: _____

*Luogo e Data di Nascita: _____

*P. IVA:
Codice Fiscale* _____

Luogo e data di nascita _____

Ente di appartenenza _____

Professione e Specializzazione* _____

Iscrizione all'Ordine/Collegio/ASS.* _____ Num. _____

Informativa ai sensi dell'art. 13 d.lgs. 196/2003: i suoi dati personali forniti nella presente occasione saranno oggetto di trattamento informatico e manuale, al fine di documentare la sua partecipazione alla manifestazione e a trattamenti derivati da obblighi di legge. Essi saranno comunicati a fornitori di servizi inerenti la manifestazione per il disbrigo delle pratiche relative all'organizzazione della stessa. Il conferimento dei dati a tali fini è obbligatorio ed essenziale per la sua partecipazione alla manifestazione.

Il titolare dei dati è la Alfa FCM Srl. A lei competono tutti i diritti previsti dall'art. 7 T.U. Preso atto dell'informativa di cui sopra consento al trattamento dei miei dati personali e alla loro comunicazione per le finalità sopra indicate.