

INFORMAZIONI MINISTERIALI

Project & Communication è accreditata presso la Commissione Nazionale come Provider n° 81 a fornire programmi di Formazione ECM Residenziale FAD e FSC nell'ambito ECM per tutte le categorie professionali sanitarie e si assume ogni responsabilità per i contenuti, la qualità e la correttezza etica di questa attività ECM.

Metodologia: : Formazione Residenziale

Obiettivi formativi: Contenuti tecnico professionali specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica

Modalità didattiche: lezioni frontali

L'acquisizione dei crediti è subordinata alla partecipazione OBBLIGATORIA al 100% del corso e al superamento della prova scritta.

Il corso è anche ad invito diretto dello sponsor.

CREDITI ECM E DESTINATARI

Accreditamento n° 81-XXXX. Crediti attribuiti n. 10,5 per 8.20 ore di formazione per le categorie professionali accreditate:

- medici fisiatristi, neuropsichiatri infantili
- fisioterapisti
- terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva
- terapisti occupazionali
- logopedisti
- tecnici ortopedici

SEDE

Sala Conferenze - Associazione "La Nostra Famiglia"
Via Costa Alta, 37 - Conegliano Veneto (TV) - Tel. 0438/4141

Per raggiungere la sede:

In auto dall'autostrada: Autostrada A27 Venezia/Belluno, uscita Conegliano. Voltare a destra al 2° incrocio e proseguire per il centro. Dopo due semafori e un sottopasso FS svolta obbligatoria a destra e quindi svolta a sinistra.

Seguire indicazioni per La Nostra Famiglia.

Dalla stazione centrale FS: nel piazzale adiacente alla stazione i partecipanti potranno utilizzare il servizio autobus, linea 5 per La Nostra Famiglia. A richiesta orari del BUS presso la Segreteria Organizzativa.

COSTI E MODALITÀ DI ISCRIZIONE

L'iscrizione è a numero chiuso per un massimo di 100 partecipanti con crediti ECM. Saranno disponibili ulteriori 20 posti senza ECM. Per accedere ai posti con ECM farà fede la data di arrivo della scheda di partecipazione con copia dell'avvenuto pagamento. Il costo, comprensivo di materiale didattico e coffee break è di:

	fino al 21/08/15	dal 22/08/15 + 20%
medici, tecnici ortopedici	€ 100,00+IVA = € € 122,00	€ 120,00+IVA = 146,40
altre professioni, specializzandi	€ 90,00+IVA =109,80	€ 108,00+IVA = 131,76
studenti	€ 70,00+IVA = 85,40	€ 84,00+IVA = 102,48

Dal 06/09/2015 non saranno rimborsate quote di iscrizione. L'iscrizione verrà convalidata automaticamente, cioè senza conferma da parte della Segreteria Organizzativa, solo dopo l'avvenuto pagamento. Nel caso non fossero più disponibili posti con crediti ECM, la Segreteria contatterà il partecipante per comunicazioni in merito.

NON SI ACCETTANO PAGAMENTI O NUOVE ISCRIZIONI IN SEDE CONGRESSUALE.

L'iscrizione avviene inviando la scheda di iscrizione e la ricevuta dell'avvenuto pagamento alla Segreteria Organizzativa

- via fax al n. 0522/1860298

- via e-mail: accounting@percorsieformazione.com

La quota di iscrizione deve essere saldata tramite bonifico bancario intestato a

Piazzani Daria, via di Jano 12/7 - 40065 Pianoro (BO)

IBAN: IT 92 Q 03589 01600 010570469412

specificando le parole chiave: CONEGLIANO 2015,

NOME e COGNOME (del partecipante)

QUALORA L'ISCRIZIONE SIA DA FATTURARE AD AZIENDA PUBBLICA, E' NECESSARIO MANDARE L'AUTORIZZAZIONE ALLA SEGRETARIA ORGANIZZATIVA CON LE NUOVE DISPOSIZIONI SULLA FATTURAZIONE ELETTRONICA.

NON SI POTRANNO ACCETTARE CAMBI DI INTESTAZIONI IN ITINERE A PAGAMENTI POST CONVEGNO.

SEGRETARIA ORGANIZZATIVA



Daria Piazzani

Cell. 347/6603135 - e-mail: info@percorsieformazione.com

Per informazioni 339 2562825

e-mail: accounting@percorsieformazione.com

www.percorsieformazione.com

SEGRETARIA SCIENTIFICA

Dott.ssa Antonella Cersosimo

UOC Medicina Riabilitativa Infantile

IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna

e-mail: a.cersosimo@ausl.bologna.it

RELATORI

Benedetta Barsanti, Antonella Cersosimo, Annarosa Colonna:

UOC Medicina Riabilitativa Infantile

IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna

CON IL CONTRIBUTO NON CONDIZIONATO DI



ECM - Ministero della Salute

CORSO DI AGGIORNAMENTO ECM

PATROCINI RICHIESTO: SIMFER

PROGRAMMA PRELIMINARE

PROGETTO DI UTILIZZO DELLA CARROZZINA ELETTRONICA NELLE GRAVI DISABILITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA

Direttore del Corso: Dott.ssa Antonella Cersosimo

**21 SETTEMBRE 2015
CONEGLIANO VENETO (TV)**

LA NOSTRA FAMIGLIA



ASSOCIAZIONE
la Nostra Famiglia

Polo Veneto di Conegliano e Pieve di Soligo



8.30 Registrazione dei partecipanti
8.55 Introduzione al corso
Antonella Cersosimo

SESSIONE TEORICA

9.00 Significato del progetto
Antonella Cersosimo

9.10 Inquadramento funzionale del bambino
Antonella Cersosimo

9.40 Quando spostarsi non è un problema
Annarosa Colonna

10.10 Descrizione del protocollo
Annarosa Colonna

10.40 Strumenti di valutazione e di outcome
Benedetta Barsanti

11.10 Coffee break

11.20 Modalità di accesso al comando
Benedetta Barsanti

11.50 Strategie di facilitazione ed addestramento
Benedetta Barsanti, Annarosa Colonna

12.20 Discussione

13.00 Pausa pranzo

SESSIONE PRATICA

Conducono: Antonella Cersosimo
Annarosa Colonna
Benedetta Barsanti

14.00 - Analisi dei casi clinici su pazienti con
materiale videoregistrato
- Somministrazione di protocolli di valutazione
- Schede osservazionali ai discenti

18.30 Chiusura lavori

SCHEDA DI ISCRIZIONE

**PROGETTO DI UTILIZZO DELLA CARROZZINA ELETTRONICA
NELLE GRAVI DISABILITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA
21/09/2015 - CONEGLIANO VENETO (TV)**

DATI PER IL PROGRAMMA ECM:

Cognome _____
Nome _____
Indirizzo _____
Città _____
PROV _____ CAP _____
Tel. _____
Cell. _____
e-mail _____
Nato a: _____ PROV _____
Data: _____
C.F. _____
Professione _____
SPECIALITA' (solo per i medici) _____

DICHIARO DI ESSERE:

Dipendente Libero professionista Convenzionato
Ordine/Collegio/Associazione: _____

Della Città di: _____

Nr. Iscrizione: _____

LA RICEVUTA È DA INTESTARE A:

Me stesso All'Azienda

Ente _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ PROV _____

Tel. _____

P. IVA _____

Da spedire anche per e-mail a:

ALLEGO BONIFICO DI € _____

*Ai sensi D.Lgs. 196/2003 sul trattamento dei dati personali,
Vi autorizzo ad utilizzare i miei dati a fini informativi in merito
alle vostre iniziative*

Firma _____

