

Scheda preliminare di adesione
- modello B -

P R O G R A M M A

Cognome _____

Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Cod. Fisc. _____

Partita IVA _____

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____ Prov _____

Tel. _____ Cell. _____

Fax _____ e-mail _____

Corso cui si intende aderire _____

Centro di provenienza _____

Qualifica _____

Altri corsi di proprio interesse _____

Consenso per il trattamento dei dati personali

Il sottoscritto _____, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n° 196, esprime il proprio consenso per il trattamento da parte dell' Associazione Progetto Ippocrate dei dati che lo riguardano per le sue finalità istituzionali, connesse o strumentali nei limiti indicati dall'informativa acquisita.

Data _____ Firma _____

Sabato 10/04/2010

08:30 – Introduzione alla normativa cogente; aspetti generali

10:30 – Esercitazione

11:30 - Coffee break

11:45 – I responsabili del trattamento dei dati nei centri sanitari

13:45 – Pausa pranzo

14:30 – Esercitazione

15:30 - Le regole del trattamento dei dati nei centri sanitari

16:30 – Coffee break

16:45 – Esercitazione

17:45 – La sicurezza dei dati nei centri sanitari

19:45 - Chiusura dei Lavori

In attesa di riconoscimento crediti ECM per Fisioterapisti, Terapisti della Neuro e Psicomotricità, Logopedisti, Tecnico sanitario di Radiologia Medica, Terapisti Occupazionali, Medici, Farmacisti, Psicoterapeuti, Educatori Professionali, Biologi, Infermieri

Quota di partecipazione: € 220,00 (IVA INCLUSA)

Domenica 11/04/2010

08:30 – Il Documento programmatico sicurezza dei dati

10:30 – Esercitazione su una bozza di documento programmatico

11:30 – Coffee break

11:45 – Il consenso informato nelle attività dei centri sanitari

13:45 – Pausa pranzo

14:30 – I dati sensibili e la loro gestione

16:30 – Coffee break

16:45 – Esercitazione

17:45 - I rischi del trattamento e conseguenze legali

19:45 - Test di verifica

20:00 - Chiusura dei Lavori

N.B. La frequenza è obbligatoria per l'intera durata del corso

I Partecipanti al Corso dovranno munirsi di Copia di un documento di riconoscimento e Copia del Titolo di Studio Professionale da consegnare al momento della iscrizione.

CONTATTO SEGRETERIA:

ASSOCIAZIONE PROGETTO IPPOCRATE

Tel.: 081-3600430/431

Fax: 081-3600432

E-Mail: info@progettoippocrate.net



T I P O L O G I A

corso di addestramento

O B I E T T I V I

apprendimento di conoscenze teoriche e aggiornamenti in tema di: privacy, iniziando dal primo impatto del paziente con il consenso informato per finire alla cartella clinica o refertazione; il tutto nell'ottica della umanizzazione della struttura nei confronti del paziente

acquisire abilità manuali, tecniche o pratiche in tema di: gestione di problematiche con pazienti dalla fase di accettazione, alla fase di gestione interna diagnostica o di terapia, fino alla refertazione

fare migliorare le capacità relazionali e comunicative in tema di: relazioni del gruppo e la comunicazione, visto che l'attività di stesura del piano si basa sulle competenze interdisciplinari del gruppo

M O D A L I T À
D ' I N S E G N A M E N T O

serie di relazioni su tema preordinato

role – playing

D O C E N T E
R E L A T O R E

dott. Miguel Iovino

V E R I F I C A D E L L '
A P P R E N D I M E N T O

valutazione delle conoscenze teorico-pratiche apprese tramite questionario

D U R A T A C O R S O

20 (venti) ore



Il corso è rivolto ai Fisioterapisti, Terapisti della Neuro e Psicomotricità, Logopedisti, Tecnico sanitario di Radiologia Medica, Terapisti Occupazionali, Medici, Farmacisti, Psicoterapeuti, Educatori Professionali, Biologi, Infermieri. Si intende a numero chiuso ed è riservato ai primi 40 iscritti. L'iscrizione dà diritto alle attività didattiche, alle esercitazioni pratiche, ed all'attestato di frequenza con il **RICONOSCIMENTO DI CREDITI E.C.M.** La frequenza è obbligatoria per tutta la durata del corso.

In associazione con :



ASSOCIAZIONE ITALIANA PROVIDER ECM

SEGRETERIA PROGETTO IPPOCRATE
Ai partecipanti al corso sarà consegnato kit congressuale e attestato di partecipazione

Quota di partecipazione: € 220,00 (IVA INCLUSA)

La scheda di adesione dovrà pervenire, completa in ogni sua parte, via fax, e-mail o posta a:
ASSOCIAZIONE PROGETTO IPPOCRATE
VIALE ANTONIO GRAMSCI n°5 - 80122 -
NAPOLI, tel. 081. 3600430/431
fax 081.3600432

www.progettoippocrate.net info@progettoippocrate.net
La prenotazione per i primi 40 iscritti, avviene esclusivamente con il pagamento della quota d'iscrizione **a mezzo bonifico bancario**, che dovrà essere effettuato soltanto su espresso invito della Segreteria.

Coordinate bancarie: **c/c 12840/37, intestato a ASSOCIAZIONE PROGETTO IPPOCRATE Unicredit – Banca di Roma, agenzia 3 di Napoli, Iban: IT17A 03002 03425 000400447306.**
Copia del bonifico andrà inviata al numero di fax sopraindicato

Corso di addestramento
PRIVACY NELLE
STRUTTURE SANITARIE
SECONDO DL 103/06

In attesa di riconoscimento crediti
ECM per Fisioterapisti, Terapisti
della Neuro e Psicomotricità,
Logopedisti, Tecnico sanitario di
Radiologia Medica, Terapisti
Occupazionali, Medici, Farmacisti,
Psicoterapeuti, Educatori
Professionali, Biologi, Infermieri

DATE DI SVOLGIMENTO

10.11. APRILE 2010

RELATORE:

DR. MIGUEL IOVINO

N.B. La frequenza è obbligatoria per l'intera durata del corso

SEDE DI SVOLGIMENTO

THERAPIC CENTER SRL

P. Z Z A E T T O R E V I T A L E 6 6
8 0 1 2 6 - N A P O L I
T E L . 0 8 1 . 7 2 8 1 8 0 6