

# **GIOVEDI DEL PEDIATRA 2016**

## **SERATE AUTUNNALI**



**POLO DIDATTICO INTEGRATO -  
AULE FORMAZIONE PERMANENTE**

**C.so IV Novembre 115 - San Salvatore di Cogorno**

**27 OTTOBRE e 24 NOVEMBRE  
2016**

**DESTINATARI: n. 25 Medici specializzati in Pediatria  
e Pediatri di libera scelta**

# Programma

dalle ore 20.00 alle ore 23.00

*27 Ottobre 2016*

- 20.00 Quali novità nel campo della  
vaccinazioni? dr. Giorgio Zoppi  
dr.ssa Antonella Carpi
- 22.00 Discussione
- 23.00 Valutazione ECM

## **Responsabile Scientifico**

Dr. Giorgio Zoppi - Medico dirigente SC Igiene e Sanità Pubblica

*24 Novembre 2016*

- 20.00 Cosa, quando, per quanto tempo  
e perché: dr. Massimo Chiossi  
gli antibiotici, questi nuovi farmaci!
- 22.00 Discussione
- 23.00 Valutazione ECM

## **Responsabile Scientifico**

Dr. Vittorio Canepa - Pediatra di Libera Scelta - ASL4 Chiavarese  
Dr. Massimo Chiossi - Responsabile SC Pediatria P.O. Lavagna



**ASL4 CHIAVARESE  
SETTORE AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE**

**SCHEMA DI ISCRIZIONE**

**Titolo corso** GIOVEDI' DEL PEDIATRA - SERATE AUTUNNALI

**Luogo** POLO DIDATTICO INTEGRATO  
AULE FORMAZIONE PERMANENTE - III PIANO  
C.so IV Novembre, 115 - SAN SALVATORE di COGORNO

**Date** 27 OTTOBRE 2016 - 24 NOVEMBRE 2016

EVENTO RESIDENZIALE **ECMPG 7606 - 27 ottobre**

EVENTO RESIDENZIALE **ECMPG 7559- 24 novembre**

**DESTINATO A:**

Medici Specialisti in Pediatria e  
Pediatri di Libera Scelta n. 25

Destinatario: SETTORE AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE

Telefono 0185329312 - Fax 0185329384 - email: [formazione@asl4.liguria.it](mailto:formazione@asl4.liguria.it)

L'iscrizione avviene inviando la presente scheda, anche tramite fax, **entro il 10/09/2016**

**\* CAMPI OBBLIGATORI AI FINI DELL'ATTRIBUZIONE DEI CREDITI ECM**

**Dati**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ **DISCIPLINA(solo per personale medico)\*** \_\_\_\_\_

**\*INDICARE SE LAVORATORE:**  **DIPENDENTE**  **CONVENZIONATO**  **LIBERO PROFESSIONISTA**

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_ posta elettronica \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Struttura di appartenenza \_\_\_\_\_

Indirizzo di lavoro \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

**Comunicazione di Partecipazione**

La presente vale quale comunicazione al Direttore Generale dell'ASL 4 Chiavarese della mia partecipazione al presente evento formativo.

Legge 196/03 – Si autorizza il Centro di Formazione dell'ASL 4, all'utilizzo dei dati personali al solo scopo organizzativo dell'attività svolta, con il divieto alla diffusione e cessione degli stessi senza preventiva autorizzazione.

firma \_\_\_\_\_

**N.B.** Trattandosi di corso a numero chiuso, la sua iscrizione può precludere la partecipazione ad altre persone ugualmente interessate. E' opportuno che l'eventuale rinuncia giunga a questo ufficio in termini utili a consentire una sostituzione. **GRAZIE**

## **Obiettivo formativo n.3**

*Percorsi clinico-assistenziali/diagnostici/riabilitativi, profili di assistenza-profili di cura*

*Gli incontri sono in fase di accreditamento ECM Regione Liguria:  
sono stati proposti **3,9 crediti** per ciascuna serata*

**Per la serata del 24 Novembre  
con il contributo incondizionato di**



**SCHARPER**

## **Segreteria Organizzativa**

Settore Aggiornamento e Formazione ASL4 Chiavarese

Tel. 0185/329312-9101-9484 - Fax 0185/329384

e-mail [formazione@asl4.liguria.it](mailto:formazione@asl4.liguria.it)

Elaborazione Progetto Grafico e Stampa SSD Comunicazione e Informazione -  
Ufficio Stampa ASL4 Chiavarese - sb