



E.C.M.

Educazione Continua in Medicina

age.na.s.

Log Out

[Home Page Ecm](#) > [Home Page](#) > [Gestione Eventi](#) > Residenziale

## Formazione Residenziale

**Ragione Sociale:** QIBLI' S.R.L.

**Id Provider:** 2007

**Evento n°** 406438

**Edizione n°** 1

**Si tratta di un Progetto Formativo Aziendale (PFA) ?** NO

**L'evento tratta argomenti inerenti l'alimentazione della prima infanzia?** NO

**Stato Evento:** VALIDO

- 1 Titolo del programma formativo** LASER IN PODOLOGIA
- 2 Sede** ITALIA
- 2.1 Regione** EMILIA-ROMAGNA
- 2.2 Provincia** BOLOGNA
- 2.3 Comune** BOLOGNA
- 2.4 Indirizzo** BEST WESTERN PLUS TOWER HOTEL
- 2.5 Luogo Evento** VIALE LENIN, 43
- 3 Periodo di svolgimento**
- 3.1 Anno del piano Formativo di riferimento** 2024
- 3.2 Data inizio** 03/02/2024
- 3.3 Data fine** 03/02/2024
- 4 Durata effettiva dell'attività formativa (in ore)** 10
- 5 Obiettivi dell'evento**
- 5.1 Obiettivo formativo** 18 - Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, ivi incluse le malattie rare e la medicina di genere
- 5.2 Acquisizione competenze tecnico-professionali**
- 5.3 Acquisizione competenze di processo** CONTENUTI TECNICO.PROFESSIONALI
- 5.4 Acquisizione competenze di sistema**
- 6 Programma dell'attività formativa** [Programma\\_2214.pdf](#)
- 6.1 Docenti e moderatori**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Ruolo
PAGLIARI	DIEGO	PGLDGI93H01D542B	DOCENTE

<b>7 Crediti assegnati</b>	10
<b>8 Tipologia Evento</b>	CORSO DI AGGIORNAMENTO
<b>8.1 Workshop, seminari, corsi teorici (con meno di 100 partecipanti) che si svolgono all'interno di congressi e convegni</b>	NON PRESENTE
<b>8.2 Formazione Residenziale Interattiva</b>	NON PRESENTE
<b>9 Responsabile Segreteria Organizzativa</b>	
<b>9.1 Cognome</b>	RUSSO
<b>9.2 Nome</b>	DOMENICO
<b>9.3 Codice Fiscale</b>	RSSDNC72M19F224N
<b>9.4 Telefono</b>	3930573542
<b>9.5 Cellulare</b>	3930573542
<b>9.6 E-Mail</b>	A.GIANGRECO@QIBLI.IT
<b>10 Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo</b>	Settoriale

Professione	Discipline
PODOLOGO	PODOLOGO; ISCRITTO NELL'ELENCO SPECIALE AD ESAURIMENTO;

**11 Responsabili Scientifici**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curriculum Vitae
PAGLIARI	DIEGO	PGLDGI93H01D542B	PODOLOGO	<a href="#">Autocertificazione assenza finanziamenti.pdf</a>

<b>12 Rilevanza dei docenti/relatori</b>	NAZIONALE
<b>13 Metodo di Insegnamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>LEZIONI MAGISTRALI</li> <li>SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO</li> </ul>
<b>14 E' previsto l'uso della sola lingua italiana?</b>	SI
<b>15 Quota di partecipazione? (in euro)</b>	150,00
<b>16 Numero partecipanti previsti</b>	50
<b>17 Provenienza presumibile dei partecipanti</b>	NAZIONALE
<b>18 Verifica presenza dei partecipanti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>FIRMA DI PRESENZA</li> </ul>
<b>19 Verifica apprendimento dei partecipanti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>QUESTIONARIO A RISPOSTA MULTIPLA ONLINE</li> </ul>
<b>20 Tipo materiale durevole rilasciato ai partecipanti (facoltativo)</b>	
<b>21 Sponsor</b>	
<b>21.1 L'evento è sponsorizzato</b>	SI
<b>21.2 Sono presenti altre forme di finanziamento</b>	NO
<b>21.3 Contratti di sponsorizzazione</b>	<a href="#">Autocertificazione sponsor 2214.pdf</a>

Nome Sponsor

Supporto finanziario Sponsor

MEDENCY

10,00

PODIMED 0,00

**22 L'evento si avvale di partner?** SI

**22.1 Contratto con i partner** [Accordo\\_2214.pdf](#)

**Nome Partner**  
PROFESSIONAL SERVICE

**23 Dichiarazione Conflitto Interessi** [Interesse partner\\_2214.pdf](#)  
(obbligatoria in presenza di un partner)

**24 Esiste una procedura di verifica della qualità percepita?** SI

**25 Il provider dichiara di essere in possesso del consenso scritto alla pubblicazione dei dati personali dei soggetti inseriti nell'evento ECM ai sensi e per gli effetti del D. lgs. n. 196/2003 e successive modificazioni, oltre che del regolamento UE 679/2016** SI

Indietro

[Documenti](#)

[Normativa](#)

[Assistenza](#)

[Link utili](#)

Powered by [Age.Na.S.](#)

via Puglie, 23 - 00187 Roma - cod. fisc 97113690586 - [Cookie Policy](#)

 **agenas.** AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI