



# E.C.M.

## Educazione Continua in Medicina

age.n.a.s.



ITALIANMR Log Out

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

### Formazione Residenziale

**Ragione Sociale:** ITALIAN MEDICAL RESEARCH S.R.L.

**Id Provider:** 1344

**Evento n°** 239307

**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** COMUNICAZIONE AUMENTATIVA E ALTERNATIVA-CAA

**2 Sede** ITALIA

**2.1 Regione** LAZIO

**2.2 Provincia** ROMA

**2.3 Comune** ROMA

**2.4 Indirizzo** VIA G. BELLI,86

**2.5 Luogo Evento** POLO DIDATTICO HUMANITAS

**3 Periodo di svolgimento**

**3.1 Anno del piano Formativo di riferimento** 2018

**3.2 Data inizio** 28/09/2018

**3.3 Data fine** 25/11/2018

**4 Durata effettiva dell'attività formativa (in ore)** 48

**5 Obiettivi dell'evento**

**5.1 Obiettivo formativo** INNOVAZIONE TECNOLOGICA: VALUTAZIONE, MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI DI GESTIONE DELLE TECNOLOGIE BIOMEDICHE E DEI DISPOSITIVI MEDICI. HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT

**5.2 Acquisizione competenze tecnico-professionali** PER L'UTILIZZO DI STRATEGIE E STRUMENTI DI CAA PER OBIETTIVI DIDATTICI

**5.3 Acquisizione competenze di processo** PER LA COMUNICAZIONE IN SITUAZIONI DI PROBLEMATICHE COMUNICATIVE DI SPEECH E LANGUAGE

**5.4 Acquisizione competenze di sistema** PER SVILUPPARE STRATEGIE E STRUMENTI A SOSTEGNO DELLE ABILITÀ ADATTIVE

**6 Programma dell'attività formativa** [Allegato completo ECM.pdf](#)

**6.1 Docenti e moderatori**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Ruolo
AMANTIS	RAFFAELA	MNTRFL75H50H501V	DOCENTE
CAVOLO	ROSSELLA	CVLRSL84E55D662T	DOCENTE
CORRADI	FABRIZIO	CRRFRZ71C27A488Q	DOCENTE

FUIANO	ANNA CHIARA	FNUNCH84M61D643N	TUTOR
--------	-------------	------------------	-------

<b>7 Crediti assegnati</b>	50
<b>8 Tipologia Evento</b>	CORSI DI FORMAZIONE E/O APPLICAZIONE IN MATERIA DI COSTRUZIONE, DISSEMINAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DI PERCORSI DIAGNOSTICI TERAPEUTICI
<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>	MARCIANO
<b>9.2 Nome</b>	LORENZO
<b>9.3 Codice Fiscale</b>	MRCLNZ88S23H501I
<b>9.4 Telefono</b>	063224818
<b>9.5 Cellulare</b>	3391834939
<b>9.6 E-Mail</b>	MARCIANO@CONSORZIOHUMANITAS.COM
<b>10 Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo</b>	Settoriale

Professione	Discipline
LOGOPEDISTA	LOGOPEDISTA;
TERAPISTA OCCUPAZIONALE	TERAPISTA OCCUPAZIONALE;
PSICOLOGO	PSICOTERAPIA; PSICOLOGIA;
MEDICO CHIRURGO	NEUROLOGIA; NEUROPSICHIATRIA INFANTILE; PEDIATRIA; PSICHIATRIA; PEDIATRIA (PEDIATRI DI LIBERA SCELTA); PSICOTERAPIA;
ASSISTENTE SANITARIO	ASSISTENTE SANITARIO;
INFERMIERE PEDIATRICO	INFERMIERE PEDIATRICO;
FISIOTERAPISTA	FISIOTERAPISTA;
INFERMIERE	INFERMIERE;
TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA	TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA;
EDUCATORE PROFESSIONALE	EDUCATORE PROFESSIONALE;

#### 11 Responsabili Scientifici

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curriculum Vitae
CORRADI	FABRIZIO	CRRFRZ71C27A488Q	PSICOTECNOLOGO	<a href="#">CV Docente-Direttore Corradi.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>ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DI TUTTI I PARTECIPANTI DI ATTIVITÀ PRATICHE O TECNICHE</li> </ul>
<b>14 E' previsto l'uso della sola lingua italiana?</b>	SI
<b>15 Quota di partecipazione? (in euro)</b>	375,00
<b>16 Numero partecipanti previsti</b>	20
<b>17 Provenienza presumibile dei partecipanti</b>	NAZIONALE

- 18 Verifica presenza dei partecipanti** • FIRMA DI PRESENZA
- 19 Verifica apprendimento dei partecipanti** • CON QUESTIONARIO
- 20 Tipo materiale durevole rilasciato ai partecipanti (facoltativo)** SLIDE
- 21 Sponsor**
- 21.1 L'evento è sponsorizzato** NO
- 21.2 Sono presenti altre forme di finanziamento** NO
- 21.3 Autocertificazione assenza finanziamenti** [Assenza di finanziamenti-Dichiarazione legale rappresentante.pdf](#)

- 22 L'evento si avvale di partner?** SI
- 22.1 Contratto con i partner** [Dichiarazione contratto in essere.pdf](#)

**Nome Partner**

CONSORZIO UNIVERSITARIO HUMANITAS

- 23 Dichiarazione Conflitto Interessi** [Dichiarazione conflitto d'interesse.pdf](#)
- 24 Esiste una procedura di verifica della qualità percepita?** SI
- 25 Ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n. 196/2003 si dichiara di essere in possesso del consenso scritto alla pubblicazione dei dati personali dei soggetti inseriti nell'applicazione ECM** 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