

**RACCOLTA DATI FABBISOGNO FORMATIVO ECM DA INVIARE ALL'INDIRIZZO
segreteria@ordinemediciaq.it**

COGNOME	
---------	--

NOME	
------	--

ISCRIZIONE ALL'ALBO	Medici Chirurghi		Odontoiatri		Doppio iscritto	
---------------------	------------------	--	-------------	--	-----------------	--

Sono interessato/a alla formazione in tema di:

Linee guida – Protocolli – Procedure – Documentazione Clinica	
Percorsi clinico-assistenziali/diagnostici/riabilitativi, profili di assistenza-profili di cura	
Principi, procedure, strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie	
La sicurezza del paziente	
Comunicazione efficace, privacy e consenso informato	
Integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera	
Epidemiologia, prevenzione e promozione della salute	
Etica, Bioetica e Deontologia	
Informatica	
Lingua inglese scientifica di livello avanzato	
Normativa e Legislazione sanitaria	

Giorni e orario di svolgimento Corsi:

Dal lunedì al venerdì in orario diurno (fino alle 18.00)	
Sabato	
Giornata intera	
Mezza giornata	

Suggerimenti e proposte:

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali"

firma