

INFORMAZIONI GENERALI

Responsabile Scientifico

Prof. Francesco Nicoletti — *Professore di clinica delle malattie nervose e mentali docente di riabilitazione neurologica Università di Catania*

Provider ECM IRECOOP VENETO - ID 109



Tel 049 8076143

E-mail a.daminato@irecoop.veneto.it

Segreteria Organizzativa



Tel 045 576507 - Fax 045 8194706

E-mail aias.verona@aias-verona.it

Sede del Convegno

Distretto sanitario 3 - Azienda ULSS 20
Via del Capitel 3 - Verona (zona Borgo Trieste)

Come raggiungere la sede del Convegno

In auto:

- Da Autostrada A4 Milano- Venezia, uscita "Verona Est" procedi su Raccordo Autostradale Verona Est, alla rotonda prendere la 1° uscita e rimani su Raccordo Autostradale Verona Est procedendo per Verona Centro/Tangenziale Est, prendere l'uscita Verona Centro/Borgo Venezia/San Martino B.A./San Michele Ex, alla rotonda prendi la terza uscita e imbocca Via Unità d'Italia per 2,7 Km , svolta a destra e imbocca Via Del Capitel.
- Uscire da San Martino Buon Albergo continuare su SR11, Alla rotonda, prendere la 2° uscita: SR11 in direzione di: VERONA CENTRO/MILANO - A4 -VENEZIA, entrare in Verona Via Unità d'Italia per 2,7 Km , svolta a destra e imbocca Via Del Capitel.
- Da Via Goffredo Mameli (Borgo Trento), continua su Piazzetta S. Giorgio, continua su Lungadige S. Giorgio, continua su Regaste Redentore, continua su Lungadige Re Teodorico, continua su Lungadige Sammiceli, continua su Lungadige Porta Vittoria, svolta a sinistra e imbocca Via Campo Marzo/SR11, continua a seguire la SR11, continua su Via Francesco Torbido, Via Francesco Torbido fa una leggera curva a destra e diventa Corso Venezia/SR11, continua a seguire la SR11, a 1,4 Km Svolta a sinistra e imbocca Via del Capitel.
- Da Legnago entra in SS434, prendi l'uscita Tangenziale verso Vicenza, entra in Tangenziale Sud, prendi lo svincolo per Tangenziale Est/S.Martino B.A., entra in Raccordo Autostradale Verona Est, alla rotonda, prendi l'uscita 1° e rimani su Raccordo Autostradale Verona Est procedendo verso Verona Centro/Tangenziale Est, prendi l'uscita verso Verona Centro/Borgo Venezia/S.Martino B.A./S.Michele Ex., alla rotonda prendi la 3° uscita e imbocca Via Unità D'Italia/SR11 per 2,7 Km, svolta a destra e imbocca Via del Capitel.

Modalità di iscrizione

L'iscrizione è gratuita per gli uditori.

Per chi desidera il riconoscimento dei crediti **ECM** la quota di iscrizione è di € 120,00.

Numero massimo di partecipanti 80.

Per esigenze organizzative la scheda di iscrizione dovrà pervenire alla Segreteria Organizzativa "L'Officina dell'AIAS" (via e-mail aias.verona@aias-verona.it o via fax al numero 045 8194706) entro e non oltre il **31 Marzo 2015** al ricevimento della scheda di iscrizione verrà inviato un messaggio di conferma.

Per chi richiede i crediti formativi, affinché sia rogolare la sua iscrizione, dovrà versare la somma di € 120,00 tramite bonifico bancario su UNICREDIT Banca intestato a: **L'Officina dell'AIAS Cooperativa Sociale IBAN IT20H0200811725000012292561**, causale **iscrizione evento formativo 17/18 Aprile 2015**.

Seguirà fattura emessa da L'Officina dell'AIAS.

ECM

Crediti ECM assegnati 11,5

Per chi richiede i crediti ECM, la **scheda di adesione è specifica**, da spedirsi a: aias.verona@aias-verona.it entro il 31 Marzo 2015.

Per il rilascio dell'attestato ECM, è richiesta la presenza **per tutta la durata** dell'evento, compresa la compilazione del questionario di apprendimento.

I crediti verranno rilasciati al superamento almeno del 75% delle risposte esatte.

Profili professionali accreditati

L'evento formativo è rivolto a personale sia interno che esterno nelle seguenti figure professionali:

- Assistente sanitario
- Educatore professionale
- Fisioterapista
- Infermiere
- Infermiere pediatrico
- Logopedista
- Operatore socio-sanitario
- Psicologo
- Psicomotricista
- Terapista occupazionale
- Tecnico ortopedico



Evento Formativo sponsorizzato da



“METODOLOGIE NEURO PSICOMOTORIE E RIABILITATIVE DELLA SPASTICITA’”

Distretto sanitario 3 - Azienda ULSS 20

Verona 17 e 18 Aprile 2015

Venerdì 17 Aprile 2015

- 8.30 Registrazione Partecipanti
- 8.45 Apertura dei lavori e presentazione dell'evento formativo
Dr. Marco Vesentini
- 9.00 "Neuroriabilitazione: dalle metodologie neuro psicomotorie ai traguardi cognitivo comportamentali e socio adattativi"
Prof. Francesco Nicoletti
- 13.00 *Pausa pranzo*
- 14.00 "Il contributo del concetto Bobath alla cura delle problematiche neurologiche"
Dr. FT Giovanni De Giorgi
- 16.00 "La valutazione fisioterapica nella vision della ICF"
Dr. FT Luca Marzola

Sabato 18 Aprile 2015

- 9.00 "Prospettive di utilizzo delle nuove tecnologie robotiche nel trattamento del bambino con problemi motori di origine neurologica"
Dr. FT Psiche Giannoni
- 10.30 "Nueroriabilitazione: dalle metodologie neuro psicomotorie ai traguardi cognitivo comportamentali e socio adattativi"
Prof. Francesco Nicoletti
- 12.00 Questionario di gradimento e valutazione

Relatori

Francesco Nicoletti

- Professore di clinica delle malattie nervosa e mentali docente di riabilitazione neurologica dell'Università di Catania - Membro del Comitato di Bioetica IRCCS Istituto Neuromed Pozzilli.

Giovanni De Giorgi

- Fisioterapista Coordinatore Ospedale Sacro Cuore Don Calabria di Negrar Verona.

Luca Marzola

- Fisioterapista Libero professionista - Dottore Magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie della Riabilitazione

Psiche Giannoni

- Fisioterapista direttore didattico e coordinatore scientifico ART



SCHEDA DI ISCRIZIONE INDIVIDUALE

DA RESTITUIRE COMPILATA IN TUTTI I CAMPI ENTRO IL 31/3/15
ALL'INDIRIZZO aias.verona@aias-verona.it

CODICE EVENTO ECM	ECM-01-3857-15	LUOGO	VERONA
TITOLO	METODOLOGIE NEUROPSICOMOTORIE E RIABILITATIVE DELLA SPASTICITA'		
PERSONALE DI RIFERIMENTO	ALESSIA DAMINATO - FEDERICA MATTARELLO		

Il sottoscritto:

COGNOME E NOME

LUOGO DI NASCITA DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE SESSO (M/F)

INDIRIZZO N.

CAP COMUNE DI RESIDENZA PROV.

TEL CELL E-MAIL

PROFILO PROFESSIONALE:

TITOLO DI STUDIO

PROFESSIONE DISCIPLINA

EVENTUALE ORDINE/COLLEGIO DI ASSOCIAZIONE PROFESSIONALE

DELLA PROVINCIA DI

INVIATO DA SPONSOR

PROFILO LAVORATIVO ATTUALE:

dipendente del SSN convezionato del SSN libero professionista in ambito sanitario altro (specificare)

AZIENDA DI APPARTENENZA

SETTORE SEDE

TEL FAX E-MAIL

CODICE FISCALE P.IVA

(Sponsorizzazioni) INVIATO DA SPONSOR

Chiede di essere iscritto all'intervento indicato in qualità di

partecipante docente tutor relatore animatore di formazione segreteria scientifica

LA FATTURA VA INTESTATA A: azienda di appartenenza partecipante

DATI OBBLIGATORI PER LA FATTURAZIONE:

FATTURA INTESTATA A:

P.IVA CODICE FISCALE

INDIRIZZO N.

CAP COMUNE PROV. E-MAIL

Dichiara di essere stato informato sugli obiettivi del corso e di aver ricevuto il programma con indicazione degli orari e della sede di svolgimento delle lezioni, nonché degli argomenti che saranno svolti e di accettare il regolamento incluso nel programma. Si impegna a partecipare con regolarità alle lezioni previste dal calendario suddetto e a segnalare eventuali assenze o impedimenti rivolgendosi tempestivamente al tutor o al coordinatore del corso. Dichiara inoltre di essere a conoscenza che, per ogni ulteriore chiarimento o reclamo presso IRECOOP VENETO è possibile rivolgersi al tutor o coordinatore del corso agli indirizzi riportati nel frontespizio della presente scheda o contattare direttamente la segreteria dell'ente presso il seguente recapito:

IRECOOP VENETO - Via G. Savelli, 128 - 35129 Padova -
Tel. 049 8076143 - Fax 049 8076136 - e-mail info@irecoop.veneto.it

IL SOTTOSCRITTO IN RIFERIMENTO AI RAPPORTI IN ESSERE E FUTURI CON IRECOOP VENETO, DICHIARA DI AVER RICEVUTO E PRESO VISIONE COMPLETA DELL'ALLEGATA INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.LGS N. 196/2003 ED ESPRIME IL CONSENSO AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI PROPRI DATI NEI LIMITI E PER LE FINALITÀ ISTITUZIONALI, CONNESSE O STRUMENTALI ALL'ATTIVITÀ DI IRECOOP VENETO.

FIRMA

CONSENTE, INOLTRE, AI SENSI DELLA MEDESIMA LEGGE, CHE GLI STESSI DATI SIANO TRASMESSI, VIA FAX O PER LETTERA, ALLE AZIENDE INTERESSATE AD EVENTUALI ASSUNZIONI.

FIRMA



SCHEDA DI ISCRIZIONE INDIVIDUALE

Uditore

Il sottoscritto:

COGNOME E NOME

LUOGO DI NASCITA DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE SESSO (M/F)

INDIRIZZO N.

CAP COMUNE DI RESIDENZA PROV.

TEL CELL E-MAIL

PROFILO PROFESSIONALE:

TITOLO DI STUDIO

PROFESSIONE DISCIPLINA

EVENTUALE ORDINE/COLLEGIO DI ASSOCIAZIONE PROFESSIONALE

DELLA PROVINCIA DI

INVIATO DA SPONSOR

PROFILO LAVORATIVO ATTUALE:

dipendente del SSN convezionato del SSN libero professionista in ambito sanitario altro (specificare)

AZIENDA DI APPARTENENZA

SETTORE SEDE

TEL FAX E-MAIL

CODICE FISCALE P.IVA

Dichiara di essere stato informato sugli obiettivi del corso e di aver ricevuto il programma con indicazione degli orari e della sede di svolgimento delle lezioni, nonché degli argomenti che saranno svolti e di accettare il regolamento incluso nel programma. Si impegna a partecipare con regolarità alle lezioni previste dal calendario suddetto e a segnalare eventuali assenze o impedimenti rivolgendosi tempestivamente al tutor o al coordinatore del corso. Dichiara inoltre di essere a conoscenza che, per ogni ulteriore chiarimento o reclamo presso IRECOOP VENETO è possibile rivolgersi al tutor o coordinatore del corso agli indirizzi riportati nel frontespizio della presente scheda o contattare direttamente la segreteria dell'ente presso il seguente recapito:

IRECOOP VENETO - Via G. Savelli, 128 - 35129 Padova -
Tel. 049 8076143 - Fax 049 8076136 - e-mail info@irecoop.veneto.it

IL SOTTOSCRITTO IN RIFERIMENTO AI RAPPORTI IN ESSERE E FUTURI CON IRECOOP VENETO, DICHIARA DI AVER RICEVUTO E PRESO VISIONE COMPLETA DELL'ALLEGATA INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.LGS N. 196/2003 ED ESPRIME IL CONSENSO AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI PROPRI DATI NEI LIMITI E PER LE FINALITÀ ISTITUZIONALI, CONNESSE O STRUMENTALI ALL'ATTIVITÀ DI IRECOOP VENETO.

FIRMA

CONSENTE, INOLTRE, AI SENSI DELLA MEDESIMA LEGGE, CHE GLI STESSI DATI SIANO TRASMESSI, VIA FAX O PER LETTERA, ALLE AZIENDE INTERESSATE AD EVENTUALI ASSUNZIONI.

FIRMA