

“LA VALUTAZIONE NELLA PRATICA CLINICA DEI DIPARTIMENTI DELLE DIPENDENZE: risorse, processi, prestazioni, risultati (outcome)”

DATE: 17-18 dicembre 2002

SEDE: Verona - CENTRO RICERCHE GLAXOSMITHKLINE GROUP Via A. Fleming, 4

SCHEDA DI RICHIESTA ISCRIZIONE

(Si prega cortesemente di compilare in modo chiaro e leggibile)

da inviare via e-mail: pft@dronet.org o tramite fax : 045.8622239 a Segreteria Organizzativa PFT entro il **09/12/2002**

DOPO TALE DATA E' NECESSARIO VERIFICARE TELEFONICAMENTE L'ACCETTAZIONE DELLA RICHIESTA

COGNOME _____ NOME _____
INDIRIZZO _____ CAP _____ CITTA' _____ PROV. _____
TEL. _____ E-MAIL _____
ENTE DI APPARTENENZA _____
INDIRIZZO _____ CAP _____ CITTA' _____ PROV. _____
QUALIFICA _____ COLLABORA A PROGETTI DI RICERCA SI o NO
SE “SI” INDICARE IL TITOLO PER ESTESO _____
TEL. ENTE _____ FAX ENTE _____ E-MAIL ENTE _____
INTESTAZIONE FATTURA (compilare obbligatoriamente se i dati della fattura sono diversi da quelli personali)
AZIENDA/ENTE/OSPEDALE _____
PARTITA IVA _____ SPECIFICARE SE ESENTI IVA SI NO
INDIRIZZO _____ CAP _____ CITTA' _____ PROV. _____
Persona di Riferimento _____ Tel _____ email _____

Si informa che la partecipazione al Congresso è gratuita.

E' stata richiesto l'accreditamento ECM per la figura del medico Psichiatra/Internista, dello Psicologo e dell'Infermiere.

Per una migliore organizzazione è preferibile che in fase di iscrizione venga segnalato la sessione a cui si intende partecipare

Iscrizione - Workshop Satellite

SI DESIDERA PARTECIPARE A UNO DEI WORKSHOP SATELLITE

SI

NO

<input type="checkbox"/>	Martedì 17	14.00 – 16.00	APPLICATIVI SOFTWARE PER I DIPARTIMENTI DELLE DIPENDENZE 1. <i>Presentazione dei progetti del Ministero della Sanità: Progetto DRONET 2 – Progetto SESIT</i> 2. <i>Piattaforma mFp per la gestione informatica dei Dipartimenti delle Dipendenze</i>
<input type="checkbox"/>	Mercoledì 18	14.00 – 16.00	PFT – PIANO DI FORMAZIONE PER I DIPARTIMENTI DELLE DIPENDENZE 1. <i>Presentazione di un modello per la formazione integrata pubblico privato sociale accreditato</i> 2. <i>Valutazione dei risultati</i>

Data _____ / _____ / 2002

Firma _____

Si autorizza il Dipartimento Dipendenze Az. Ulss 20 - Verona a trattare i dati indicati nella presente scheda