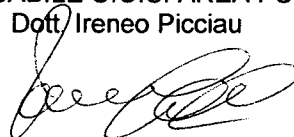


383
Allegato "A" - 8 APR. 2016

Presa d'atto Aggiornamento Obbligatorio Individuale Fuori Sede
evento formativo "Corso ALS – Accreditato IRC"
del dipendente Giuseppe Pais (matr. 52214) –
Roma, 02,03-12-2015

Il presente allegato è composto
di n. 17 fogli, di n. 17 pagine

IL RESPONSABILE U.O.S. AREA FORMAZIONE
Dott. Ireneo Picciau





ASLCagliari

U.O.C.
Sistema Territoriale dell'Emergenza

Prot. n. 6603 del 23 febbraio '16

Al Direttore Sanitario
Aziendale

ASL8
NP.2016/5366 del 25/02/2016 ore 17,01
Mitt.: Sistema Territoriale dell'Emergen...
Ass.: DIREZIONE SANITARIA
Class.: 2.1.



Cagliari, 23/02/2016

Oggetto: Rimborso aggiornamento obbligatorio dipendente Giuseppe Pais (matr. 52214)

In relazione alla risposta prot. NP2016/2034 si fa presente che per quanto riguarda questo servizio tutta la procedura si è sviluppata nel 2015, concludendosi con l'invio il giorno 03/15/2015 dell'ultimo parere richiesto.

Si allega copia del procedimento in oggetto.

Si chiede che venga riconosciuto il rimborso delle spese sostenute dal dipendente Giuseppe Pais utilizzando il budget 2016.

Cordiali saluti

Il Direttore
dott. Giuseppe Iasiello

AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI
DIREZIONE
- 2 MAR. 2016
ARRIVATA

AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI
AREA FORMAZIONE
25 MAR. 2016
SEGNA COME VISTO

G.O.

Asl Cagliari
Sede: Via Piero della Francesca, 1
09047 Selargius
c.f. e p. iva 02261430926
www.aslcagliari.it

U.O.C.
Sistema Territoriale dell'Emergenza
c/o ASL Cagliari, Cittadella della Salute
ingresso Via dei Valenzani snc, 09131 CAGLIARI
Tel 070 6092334 / 2123
Fax 070 6092561

Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio Individuale Fuori sede

LA RICHIESTA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE.
Deve essere compilata, firmata e presentata all'Area Formazione (già autorizzata dalla Direzione Aziendale)
almeno 30 giorni prima della data di inizio dell'attività formativa

1. Spesa rimborsabile

L'attività di aggiornamento prevede il rimborso delle spese sostenute dal partecipante?

SI:

NO:

2. Dati del partecipante

Il/la sottoscritto/a PAIS GIUSEPPE

Nato/a a CAGLIARI Il (gg/mm/aaaa) 03/05/1964

Matricola n. 52214

Struttura di appartenenza S.E.T. 118 (POSTAZIONE DI ISILI)

Indirizzo di lavoro VIA EMILIA, 1 08033 ISILI (CA)

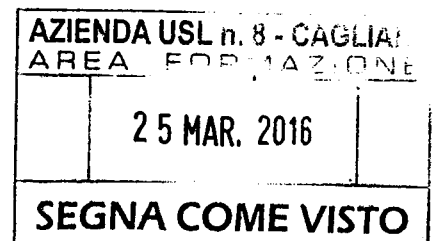
Posizione funzionale INFERMIERE

Qualifica INFERMIERE

Telefono /cellulare 0782 802913-3403434917 e-mail giusepppais@asl8cagliari.it

Area contrattuale:

- Comparto
 Dirigenza Medica e Veterinaria
 Dirigenza Tecnica, Sanitaria, Professionale e Amministrativa



Data(gg/mm/aaaa), 09/12/2015

Nome e cognome del partecipante (in stampatello) GIUSEPPE PAIS

Firma (leggibile) 

3. Dati dell'attività formativa

Titolo: CORSO ALS ACCREDITATO IRC

Sede: VIA ALESSANDRO SEVERO, 97 ROMA PRESSO COOP L'ANGELO

Data: da (gg/mm/aaaa) 02/12/2015 a (gg/mm/aaaa) 03/12/2015

Durata effettiva dell'attività formativa in ore: 20

Organizzatore: C.S.E. FORMAZIONE S.R.L.

Se organizzatore esterno, indicare l'indirizzo: CORSO DELLA REPUBBLICA, 141-04100 LATINA

Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA: 02796380596

Attività ECM? Si | No **Se sì, indicare il numero di crediti ECM assegnati:** _____

Se attività ECM, indicare la categoria professionale: _____

Allega il programma e le notizie sui contenuti e gli scopi formativi: Si | No

SE NO, NON SARÀ POSSIBILE RIMBORSARE L'AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE.

4. Stima di spesa

La spesa complessiva presunta è articolata nel modo seguente:

• Iscrizione:	€ 380,00 + IVA = 464,00
• Viaggio:	€ 150,00
• Albergo:	€ 150,00
• Pasti:	€ 100
• Altre spese:	€ // // // //

Totale spesa presunta: € 864,00

Risorse economiche:

- budget dell'Azienda
 fondo vincolato (specificare) _____

Anticipo Cassa Economale: _____
(domanda da presentare con apposito modulo all'Area Formazione dopo pubblicazione della delibera)

NOTA BENE: non potranno essere rimborsate spese sostenute senza la consegna delle pezze giustificative in originale.

PARERE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

(DIPARTIMENTO, STRUTTURA COMPLESSA, STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE)

Parere di congruità e compatibilità alle esigenze di servizio:

Favorevole

Non favorevole

Motivazione del parere del Responsabile dell'unità organizzativa:

L'aggiornamento in questione è indispensabile per completare la formazione del dipendente in qualità di Infermiere del 118. Considerato che la Asl 8 di Cagliari non ha in programma, a breve, di organizzare e gestire il corso Als in questione e che tale corso non è previsto dal calendario Irc quando verrà di nuovo organizzato in Sardegna, si rende necessaria per le ragioni suseposte, l'autorizzazione dell'aggiornamento fuori sede.

Luogo: CAGLIARI

Data (gg/mm/aaaa): 03/12/2015

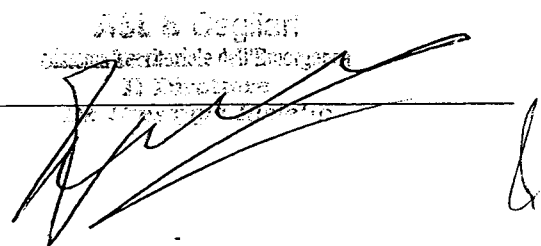
Nome e cognome (in stampatello)

Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)

GIUSEPPE IASIELLO

Timbro e firma (leggibile)

Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)


ASL Cagliari
Dipartimento di Organizzazione
Il Responsabile

AUTORIZZAZIONE DIREZIONE AZIENDALE

FIRMA DIRETTORE SANITARIO

FIRMA DIRETTORE AMMINISTRATIVO

4/3/2016


IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Pier Paolo Pani

ASL8
NP.2016/2034 del 26/01/2016 ore 10,33
Mitt.: Area Formazione
Ass.: Centrale Operativa 118
Class.: 1. Fasc.: 16 del 2016



**Al Direttore Sistema Territoriale dell’Emergenza
Dr Giuseppe Iasiello
Sede**

**e p.c. Al dipendente Giuseppe Pais
S.E.T. 118 (Postazione di Isili)**

Oggetto: Richiesta Aggiornamento Obbligatorio Fuori Sede Dipendente Pais Giuseppe (matr. n. 52214).

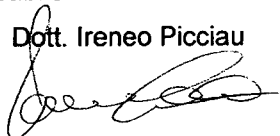
Con riferimento alla richiesta di Aggiornamento Obbligatorio Fuori Sede del dipendente Giuseppe Pais (matr. n. 52214), si comunica che l’autorizzazione della Direzione Aziendale all’incremento del budget per il Piano della Formazione Aziendale per l’anno 2015, è pervenuta all’Area Formazione nell’anno 2016 (prot. NP2016/402 del 11/01/2016).

Ciò determina l’impossibilità di predisporre il relativo atto amministrativo, in quanto la rendicontazione delle spese sostenute dal dipendente per la partecipazione all’aggiornamento obbligatorio fuori sede deve avvenire nello stesso anno di riferimento del budget autorizzato, salvo diverse determinazioni della Direzione Generale.

Cordiali saluti

Responsabile UOS Area Formazione

Dott. Ireneo Picciau



Sede Postale Area Formazione
Direzione Generale
via Pier della Francesca, 1
09047 – Su Planu, Selargius (CA)

Sede Operativa Area Formazione
Centro Regionale di Formazione Professionale
Prolungamento via Caravaggio, s.n.
09121 - Cagliari (CA)
Tel. 0706093380
Fax 0706093202
E-mail: formazione@asl8cagliari.it

Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio Individuale Fuori sede

LA RICHIESTA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE.
*Deve essere compilata, firmata e presentata all'Area Formazione (già autorizzata dalla Direzione Aziendale)
almeno 30 giorni prima della data di inizio dell'attività formativa*

1. Spesa rimborsabile

L'attività di aggiornamento prevede il rimborso delle spese sostenute dal partecipante?

SI:

NO:

2. Dati del partecipante

Il/la sottoscritto/a PAIS GIUSEPPE

Nato/a a CAGLIARI Il (gg/mm/aaaa) 03/05/1964

Matricola n. 52214

Struttura di appartenenza S.E.T. 118 (POSTAZIONE DI ISILI)

Indirizzo di lavoro VIA EMILIA, 1 08033 ISILI (CA)

Posizione funzionale INFERMIERE

Qualifica INFERMIERE

Telefono /cellulare 0782 802913-3403434917 e-mail giusepppais@asl8cagliari.it

Area contrattuale:

- Comparto
 Dirigenza Medica e Veterinaria
 Dirigenza Tecnica, Sanitaria, Professionale e Amministrativa

Data(gg/mm/aaaa), 09/12/2015

Nome e cognome del partecipante (in stampatello) GIUSEPPE PAIS

Firma (leggibile) 



3. Dati dell'attività formativa

Titolo: CORSO ALS ACCREDITATO IRC

Sede: VIA ALESSANDRO SEVERO, 97 ROMA PRESSO COOP L'ANGELO

Data: da (gg/mm/aaaa) 02/12/2015 a (gg/mm/aaaa) 03/12/2015

Durata effettiva dell'attività formativa in ore: 20

Organizzatore: C.S.E. FORMAZIONE S.R.L.

Se organizzatore esterno, indicare l'indirizzo: CORSO DELLA REPUBBLICA, 141-04100 LATINA

Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA: 02796380596

Attività ECM? Si | No **Se sì, indicare il numero di crediti ECM assegnati:** _____

Se attività ECM, indicare la categoria professionale: _____

Allega il programma e le notizie sui contenuti e gli scopi formativi: Sì | No

SE NO, NON SARÀ POSSIBILE RIMBORSARE L'AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE.

4. Stima di spesa

La spesa complessiva presunta è articolata nel modo seguente:

• Iscrizione:	€ 380,00 + IVA = 464,00
• Viaggio:	€ 150,00
• Albergo:	€ 150,00
• Pasti:	€ 100
• Altre spese:	€ // // // //

Totale spesa presunta: € 864,00

Risorse economiche:

- budget dell'Azienda
 fondo vincolato (specificare) _____

Anticipo Cassa Economale: _____

(domanda da presentare con apposito modulo all'Area Formazione dopo pubblicazione della delibera)

NOTA BENE: non potranno essere rimborsate spese sostenute senza la consegna delle pezze giustificative in originale.

PARERE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

(DIPARTIMENTO, STRUTTURA COMPLESSA, STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE)

Parere di congruità e compatibilità alle esigenze di servizio:

Favorevole

Non favorevole

Motivazione del parere del Responsabile dell'unità organizzativa:

L'aggiornamento in questione è indispensabile per completare la formazione del dipendente in qualità di Infermiere del 118. Considerato che la Asl 8 di Cagliari non ha in programma, a breve, di organizzare e gestire il corso Als in questione e che tale corso non è previsto dal calendario Irc quando verrà di nuovo organizzato in Sardegna, si rende necessaria per le ragioni suesposte, l' autorizzazione dell'aggiornamento fuori sede.

Luogo: CAGLIARI

Data (gg/mm/aaaa): 03/12/2013

Nome e cognome (in stampatello)

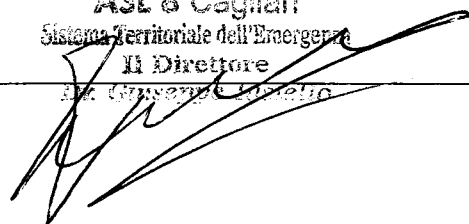
Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)

GIUSEPPE IASIELLO

Timbro e firma (leggibile)

Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)

ASL 8 Cagliari
Sistema Territoriale dell'Emergenza
Il Direttore
Dr. Giuseppe Iasiello



AUTORIZZAZIONE DIREZIONE AZIENDALE

FIRMA DIRETTORE SANITARIO

FIRMA DIRETTORE AMMINISTRATIVO



IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Pier Paolo Pani

Massimali e spese rimborsabili aggiornamento individuale

Rimborsi

La prenotazione e il pagamento è a carico del partecipante. Tutte le spese devono essere debitamente documentate in originale con fattura regolarmente quietanzata o ricevuta fiscale:

- individuale;
- con riferimento all'arco temporale immediatamente precedente e successivo allo svolgimento dell'evento formativo;
- con la descrizione della spesa effettuata di cui si chiede il rimborso (non saranno rimborsate spese non specificate).

Le spese rimborsabili sono relative esclusivamente alle voci e ai massimali sotto elencati.

Massimali

Voce di spesa	Fuori sede
<i>Iscrizione</i>	È previsto il rimborso completo della quota di partecipazione e iscrizione all'attività didattica. Non è previsto il rimborso di eventuali quote associative.
<i>Pasti</i>	€ 27,69 per 1 pasto € 55,47 per 2 pasti (in caso di attività formative oltre 8 ore). Sono rimborsabili il pranzo e la cena. Ogni ricevuta dovrà essere riferita a un solo pasto. Per ottenere il rimborso fino al massimale di € 55,47 è necessario presentare 2 ricevute.
<i>Mobilità</i>	<u>Aereo e/o treno</u> Il costo del biglietto aereo/ferroviario (con tratta dall'aeroporto/stazione più vicino dal luogo di residenza a quello dell'evento formativo e viceversa) è interamente rimborsabile dietro presentazione del biglietto e delle carte di imbarco (aereo). <u>Auto e taxi</u> Il rimborso del taxi è riconosciuto solo in caso di dimostrata impossibilità di utilizzo dei mezzi pubblici. L'uso dell'auto propria non è più rimborsabile.
<i>Pernottamento</i>	€ 110,00 a notte

ASL8
NP. 2015/34991 del 25/11/2015 ore 13,35
Mitt.: Area Formazione

Ass.: DIREZIONE SANITARIA
Class.: 1. Fasc.: 252 del 2015



Al Direttore Sanitario

Sede

Oggetto: richiesta di Aggiornamento Obbligatorio fuori sede.

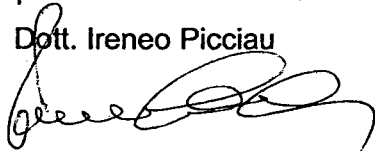
In riferimento alla Vostra nota n. NP/2015/ 33901, pari oggetto, con la quale la S.V. ha chiesto all'Area Formazione un parere sull'eventuale fattibilità della proposta presentata dal Direttore della Centrale Operativa 118 per l'invio in aggiornamento del dipendente Giuseppe Pais, si comunica quanto segue:

- il vigente Piano della Formazione per l'anno 2015 ha interamente impegnato il budget disponibile e pertanto all'interno di quel fondo non ci sono risorse per finanziare la partecipazione di operatori dell'Azienda ad aggiornamenti obbligatori fuori sede, salvo che la Direzione aziendale non autorizzi un incremento delle risorse economiche;
- la richiesta del Direttore della Centrale Operativa 118 è motivata dall'urgenza di formare in tempi brevi l'operatore in questione, recentemente trasferito a suo servizio;
- nell'eventualità di una valutazione favorevole della richiesta da parte della Direzione aziendale, l'Area Formazione è disponibile a dare ogni supporto organizzativo ed amministrativo utile alla realizzazione dell'intervento formativo.

In attesa di eventuali disposizioni, si coglie l'occasione per porgere cordiali saluti.

Il Responsabile Area Formazione

Dott. Ireneo Picciau



n° prot. NP/33801

Al Sig. Responsabile
Area Formazione

Oggetto: Richiesta di aggiornamento Obbligatorio Individuale Fuori Sede

Selargius, 16/11/2015

In riferimento alla richiesta del Sig. Giuseppe Pais in servizio presso la C.O. 118 si chiede che codesto Servizio esprima un parere sull'eventuale fattibilità della proposta presentata.

Distinti saluti

Dott. Pier Paolo Pani
Direttore Sanitario



AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI		
AREA FORMAZIONE		
	17 NOV. 2015	
PRESA IN CARICO		

pg



Ass.: DIREZIONE SANITARIA
Class.: 1.



Direzione Generale
Sviluppo Organizzativo
Gestione e valutazione del personale
Area Formazione

Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio Individuale Fuori sede

LA RICHIESTA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE.
Deve essere compilata, firmata o presentata all'Area Formazione (già autorizzata dalla Direzione Aziendale)
almeno 30 giorni prima della data di inizio dell'attività formativa

1. Spesa rimborsabile

L'attività di aggiornamento prevede il rimborso delle spese sostenute dal partecipante?

SI:

NO:

2. Dati del partecipante

Il/la sottoscritto/a PAIS GIUSEPPE

Nato/a a CAGLIARI Il (gg/mm/aaaa) 03/05/1964

Matricola n. 52214

Struttura di appartenenza S.E.T. 118 (POSTAZ ISILI)

Indirizzo di lavoro VIA EMILIA, 1 08033 ISILI (CA)

Posizione funzionale INFERMIERE

Qualifica INFERMIERE

Telefono /cellulare 0782/809913-32033491 e-mail angelopais@asl8cagliari.it

- Area contrattuale:
- Comparto
 - Dirigenza Medica e Veterinaria
 - Dirigenza Tecnica, Sanitaria, Professionale e Amministrativa

Data (gg/mm/aaaa), 05/11/2015

Nome e cognome del partecipante (in stampatello) GIUSEPPE PAIS

Firma (leggibile) [Firma]

3. Dati dell'attività formativa

Titolo: CORSO ALS ACCREDITATO IRC
 Sede: VIA ALESSANDRO SEVERO, 97 ROMA - COOP L'ANGELO
 Data: da (gg/mm/aaaa) 02/12/2015 a (gg/mm/aaaa) 03/12/2015
 Durata effettiva dell'attività formativa in ore: 18(DICIOTTO)
 Organizzatore: C.S.E. FORMAZIONE SRL
 Se organizzatore esterno, indicare l'indirizzo: CORSO DELLA REPUBBLICA, 144-04100 LATINA
 Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA: 02796380596
 Attività ECM? Sì | No Se sì, indicare il numero di crediti ECM assegnati: _____
 Se attività ECM, indicare la categoria professionale: _____
 Allega il programma e le notizie sui contenuti e gli scopi formativi: Sì | No
SE NO, NON SARÀ POSSIBILE RIMBORSARE L'AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE.

4. Stima di spesa

La spesa complessiva presunta è articolata nel modo seguente:

• Iscrizione:	€ 380,00 + IVA = 464,00
• Viaggio:	€ 150,00
• Albergo:	€ 150,00
• Pasti:	€ 120,00
• Altre spese:	€

 Totale spesa presunta: € 884,00

Risorse economiche:

- budget dell'Azienda
 fondo vincolato (specificare) _____

Anticipo Cassa Economale: _____

(domanda da presentare con apposito modulo all'Area Formazione dopo pubblicazione della delibera)

NOTA BENE: non potranno essere rimborsate spese sostenute senza la consegna delle pezze giustificative in originale.

PARERE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

(DIPARTIMENTO, STRUTTURA COMPLESSA, STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE)

Parere di congruità e compatibilità alle esigenze di servizio:

Favorevole

Non favorevole

Motivazione del parere del Responsabile dell'unità organizzativa:

Luogo: _____ Data (gg/mm/aaaa): _____

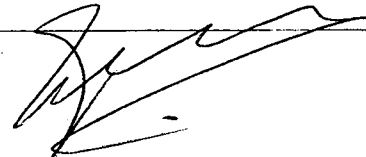
Nome e cognome (in stampatello)

Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)

GIUSEPPE BASILELLI

Timbro e firma (leggibile)

Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)





AUTORIZZAZIONE DIREZIONE AZIENDALE

FIRMA DIRETTORE SANITARIO

FIRMA DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Massimali e spese rimborsabili aggiornamento individuale

Rimborsi

La prenotazione e il pagamento è a carico del partecipante. Tutte le spese devono essere debitamente documentate in originale con fattura regolarmente quietanzata o ricevuta fiscale:

- individuale;
- con riferimento all'arco temporale immediatamente precedente e successivo allo svolgimento dell'evento formativo;
- con la descrizione della spesa effettuata di cui si chiede il rimborso (non saranno rimborsate spese non specificate).

Le spese rimborsabili sono relative esclusivamente alle voci e ai massimali sotto elencati.

Massimali

Voce di spesa	Fuori sede
<i>Iscrizione</i>	È previsto il rimborso completo della quota di partecipazione e iscrizione all'attività didattica. Non è previsto il rimborso di eventuali quote associative.
<i>Pasti</i>	€ 27,69 per 1 pasto € 55,47 per 2 pasti (in caso di attività formative oltre 8 ore). Sono rimborsabili il pranzo e la cena. Ogni ricevuta dovrà essere riferita a un solo pasto. Per ottenere il rimborso fino al massimale di € 55,47 è necessario presentare 2 ricevute.
<i>Mobilità</i>	<p><u>Aereo e/o treno</u> Il costo del biglietto aereo/ferroviario (con tratta dall'aeroporto/stazione più vicino dal luogo di residenza a quello dell'evento formativo e viceversa) è interamente rimborsabile dietro presentazione del biglietto e delle carte di imbarco (aereo).</p> <p><u>Auto e taxi</u> Il rimborso del taxi è riconosciuto solo in caso di dimostrata impossibilità di utilizzo dei mezzi pubblici.</p> <p>L'uso dell'auto propria non è più rimborsabile.</p>
<i>Pernottamento</i>	€ 110,00 a notte



Thursday, November 05, 2015

Scarica la nostra Brochure

Come Iscriverti ai Corsi

Title
Brochure 2015 Download

ATTENZIONE : Per Iscriverti ai corsi scaricare e rinviare compilata via email su: Info@assistenzaesicurezzaasanitaria.it, la scheda posta a sinistra "Richiesta iscrizione corsi"

Moduli di Iscrizione Corsi e Adesione alla CSE

Calendario Corsi

Title
Richiesta Iscrizione Corsi Download
Richiesta Adesione alla CSE Download

Corsi ALS (IRC)

Corsi

Exclusi Event to Desktop Event

Start Date/Time: Wednesday, December 02, 2015 8:30 AM (UTC +01:00) Amsterdam, Berlin, Bern, Rome, Paris, Stockholm, ...

End Date/Time: Thursday, December 03, 2015 6:30 PM

Recurring Event: One time event

Description: Il Corso si svolgerà presso le sale della COOP L'ANGELO, Via Alessandro Savio, 97 Roma.

Con rilascio a fine corso dopo valutazione finale di J Attestato ERC-IRC.

Costo del Corso: € 300,00 + IVA.

Programma Corsi Digi 81/88 smi

Programma per aziende di gruppo A

Programma per aziende di gruppo B + C

Corsi Certificati I.R.C. e SIMBUP

Corsi Certificati ERC-IRC

Corsi Base di Emergenza Certificati CSE

Corsi Avanzati di Emergenza Certificati CSE

Si ricorda di richiedere il Manuale, prima del corso, versando la quota d'iscrizione pari a € 100,00. Corso pratico diretto a medici e a infermieri, il cui obiettivo è l'applicazione e la conoscenza delle capacità operative nel trattamento dell'arresto cardiaco improvviso, delle aritmie cardiache, delle sindromi coronariche acute e delle altre situazioni di periarresto mediante l'applicazione dei relativi protocolli aggiornati per i medici ed infermieri impegnati in tutte le attività cliniche, seguendo protocolli operativi secondo linee guida Advanced Life Support ERC/ ILCC aggiornate.

Corsi con rilascio di ECM > Trova le date che preferisci cliccando sul "Calendario Corsi"

Per info ed iscrizioni:
TEL: 0773404425 - 3026144698
EMAIL: Info@assistenzaesicurezzaasanitaria.it
WEB: www.assistenzaesicurezzaasanitaria.it
WFR NAZIONALE: www.irccouncil.it
YOUTUBE: CSE-ChristianManzi
FACEBOOK: CSE-ChristianManzi
TWITTER: CSE-ChristianManzi

Category: Corsi Accreditati IRC

Il CDF CSE-ChristianManzi organizza ed eroga corsi accreditati ECM in aula ed in FAD, in quanto Provider partners dell'AUSL di Latina.

ECM in AULA

Return
Created by: [monaco](#) on 11/02/2014

Se sei interessato a partecipare a corsi accreditati ECM in aula, devi visitare il calendario corsi del nostro sito e cliccare sulle date evidenziate in rosso, dopo aver cliccato si aprirà la pagina informativa del corso nella quale sono riportate le info del corso ed il numero dei crediti ECM rilasciati.

Legenda CORSI

NOTA UCNEI

Corsi Accreditati IRC: Tutti i corsi accreditati IRC, vengono evidenziati in Azzurro;

Corsi Accreditati AHA: Tutti i corsi Accreditati AHA, vengono evidenziati in Verde;

Corsi Accreditati CSE: Tutti i corsi Accreditati CSE, sono evidenziati in Giallo;

Corsi Accreditati ALDLP: Tutti i corsi Accreditati ALDLP vengono evidenziati in Viola;

Corsi Accreditati IRCCom: Tutti i corsi Accreditati IRCCom vengono evidenziati in Celeste;

Corsi accreditati da altri Enti: Tutti i corsi accreditati da altri Enti non vengono evidenziati;

Corsi Accreditati ECM: Tutti i corsi Accreditati ECM, vengono scritti in Rosso;

Corsi Base: Tutti i corsi base vengono scritti in Blu;

Corsi Avanzati: Tutti i corsi Avanzati vengono scritti in Nero;