

Con il contributo non condizionante di



Farmaci nella forma migliore



Informazioni generali

SEDE

Hotel Garden Best Western
Via Bramante, 4
05100 TERNI

ISCRIZIONE

L'iscrizione è gratuita.
Si prega di inviare la scheda di iscrizione allegata alla Segreteria Organizzativa entro il 25 Maggio 2015.
E' possibile effettuare anche l'iscrizione on line al sito www.etruscaconventions.com

ECM

Evento n. 810-125399
Sono stati assegnati n. 5 crediti ECM per Medico Chirurgo (discipline: Medicina Generale, Ortopedia, Chirurgia Generale, Medicina dello Sport, Medicina e Chirurgia di accettazione e urgenza), Fisioterapista, Tecnico Ortopedico.
Per poter richiedere i crediti ECM si dovrà essere presenti interamente all'evento ed aver risposto correttamente al questionario

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA e Provider ECM



**ETRUSCA
CONVENTIONS** ♦
Via Bonciario 6/8 · 06123 Perugia
tel./fax 075.5722232 · info@etruscaconventions.com
www.etruscaconventions.com

Convegno ECM

PATOLOGIE DELLA SPALLA

Terni
30 Maggio 2015
Hotel Garden - Centro Congressi

Con il Patrocinio



Relatori e Moderatori

Luigi Corinto

Nicola De Gasperis

Andrea De Vita

Giovanni Di Giacomo

Mario Rojas

PROGRAMMA

08.20 Registrazione dei partecipanti

08.30 Saluto delle Autorità

Moderatori: Luigi Corinto

08.40 Anatomia funzionale della spalla
Nicola De Gasperis, Andrea De Vita

09.00 Non più periartrite
Giovanni Di Giacomo

09.30 Imaging
Mario Rojas

10.00 Instabilità di spalla
Giovanni Di Giacomo

10.30 Imaging
Mario Rojas

10.30 Discussione

10.45 Coffee break

11.00 Fratture e protesi di spalla
Giovanni Di Giacomo

11.30 Imaging
Mario Rojas

12.00 Tavola rotonda:
Quando l'indicazione chirurgica
nella problematica di spalla
Giovanni Di Giacomo

13.30 Questionario ECM

Scheda di Iscrizione

Convegno ECM

PATOLOGIE DELLA SPALLA

Terni - 30 Maggio 2015
Hotel Garden - Centro Congressi

Si prega di compilare la scheda in ogni sua parte
e rispedirla alla Segreteria Organizzativa
tramite fax 075.5722232

o tramite e-mail: info@etruscaconventions.com
entro il **15 Marzo 2015**

- tutti i campi sono obbligatori -

Cognome

Nome

Luogo e data di nascita

Residente a

Via N.

Cap Città Prov.

Tel. Cell.

E-mail

Qualifica professionale

Codice Fiscale

Desidero crediti ECM per

Medico Chirurgo

Medicina Generale Ortopedia Chirurgia generale

Medicina dello Sport Medicina e Chirurgia di accettazione e urgenza

Fisioterapista

Tecnico Ortopedico

Non desidero crediti ECM

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003, in qualità di interessato, presta il proprio consenso al fine di ricevere successive comunicazioni inerenti l'organizzazione di convegni.

Do il consenso Nego il consenso

Data Firma