

## INFO & MODALITA' DI REGISTRAZIONE

### ECM

Il Corso ha ottenuto 8 crediti ECM ed è riservato Medici di tutte le specialità, Medici agli Specialisti in Otorinolaringoiatria, Cardologia, Pneumologia, Legali, Psicologici, Odontoiatri, Tecnici di Neurofisiopatologia, Fisioterapisti, Nutrizionisti, Logopedisti, Scienze Infermieristiche ed altre figure professionali.

### QUOTA DI PARTECIPAZIONE

Il costo di partecipazione alla Giornata di Studio è il seguente:

Medico - € 240,00 + iva 22%

Professioni Sanitarie e Psicologi - € 120,00 + iva 22%

Socio ORL GOS - Socio AIOLP - Socio ORL CAMPANO - € 160,00 + iva 22%

Socio IRPPI - € 70,00 + iva 22%

**L'iscrizione comprende: partecipazione al Corso, kit congressuale, attestato di frequenza e dei crediti formativi ECM, servizi food.**

### REGISTRAZIONE

Per la registrazione si prega di compilare la scheda di iscrizione in ogni sua parte ed inviarla alla Segreteria Organizzativa al seguente indirizzo email:

**disturbidelsonnotagas@gmail.com**

La Segreteria invierà conferma dell'iscrizione all'indirizzo dichiarato dal richiedente.

**SCHEDA DI ISCRIZIONE (VEDERE ALLEGATO)**

### MODALITA' DI PAGAMENTO E PENALE

Il pagamento della quota congressuale può avvenire tramite bonifico bancario

**Per i dati IBAN si si prega contattare la Segreteria Organizzativa alla seguente email:**

**disturbidelsonnotagas@gmail.com**

### CANCELLAZIONI

Un rimborso pari al 20% della quota versata è garantito per eventuali cancellazioni pervenute con richiesta scritta alla Segreteria Organizzativa entro il 20/02/2020.

**Non è previsto alcun rimborso per cancellazioni pervenute dopo tale data**

### FATTURAZIONE PER L' ISCRIZIONE

La ricevuta relativa al pagamento della quota di iscrizione sarà inviata tramite e-mail, previa richiesta

### MODALITÀ PER L'OTTENIMENTO DEI CREDITI:

- Partecipazione effettiva all'intera durata del Convegno (presenza al 100% con verifica della firma in entrata ed in uscita);
- Compilazione del modulo di valutazione e del test di apprendimento;
- Restituzione della scheda d'iscrizione e dei TEST ECM alla Segreteria, completo di firma e di tutti i dati anagrafici richiesti.

### OBIETTIVI DEL CORSO

Il Corso è progettato per professionisti interessati ad acquisire o perfezionare gli studi sui disturbi del sonno. Il programma prevede l'analisi delle più attuali tecniche diagnostiche, la terminologia del sonno, l'osservazione dei dispositivi per lo studio del sonno, la configurazione e il monitoraggio completi del paziente e l'interpretazione degli eventi respiratori in sonno. Sarà fornita una revisione pratica e completa di come gestire la valutazione di uno studio del sonno, sia in un laboratorio dedicato che nei test domiciliari.

Al termine del corso il partecipante dovrebbe essere in grado di discutere o identificare:

- Gli aspetti clinici del sonno
- La preparazione del paziente e della strumentazione per lo studio del sonno
- Calcolare gli eventi in sonno registrati nella polisonnografia

### MISSION DELLA FONDAZIONE

**La Fondazione per la Ricerca e la Cura dei Disturbi del Sonno – Onlus**, ha per oggetto della propria attività la diffusione delle conoscenze sulla Medicina del Sonno e la formazione medica e professionale in questo specifico ambito (sito web: [www.fondazioneidisturbidel sonno.it](http://www.fondazioneidisturbidel sonno.it)).

La mission del programma ECM della **Fondazione** è quella di fornire attività che migliorino la pratica clinica della medicina del sonno. La **Fondazione** realizza e segue, inoltre, progetti di ricerca scientifica di tipo clinico.

**ORARIO APERTURA LAVORI E SEDE CONGRESSUALE**

**Sabato, 7 Marzo 2020**

**Orario 08.30/18.30**

**Circolo Ufficiali "Casa dell'Aviatore"**

**Viale dell'Università, 20 - ROMA**



Provider n. 558

# Tagas

EVENTI&CONVENTION

## Corso teorico pratico

### LETTURA E INTERPRETAZIONE DEI TRACCIATI POLISONNOGRAFICI

Polisonnografia Clinica e Medicina

*Responsabile del Corso: Prof. Francesco Peverini*

## ROMA, 7 MARZO 2020

### SCRIVERE IN STAMPATELLO

NOME E COGNOME .....

CODICE FISCALE .....

LUOGO E DATA DI NASCITA .....

QUALIFICA ..... DISCIPLINA .....

LIBERO PROFESSIONISTA ..... DIPENDENTE ..... CONVENZIONATO .....

INDIRIZZO PERSONALE .....

CAP ..... CITTÀ ..... PROV .....

TEL..... FAX..... CELL .....

E-MAIL PERSONALE.....

OSPEDALE.....

INDIRIZZO.....

CAP ..... CITTÀ ..... PROV.....

TEL. .... FAX .....

MANSIONE NON OSPEDALIERA .....

Roma, 7 Marzo 2020

FIRMA .....

La scheda compilata in ogni sua parte e sottoscritta, consente di svolgere tutti gli adempimenti prescritti dal Ministero della Salute per l'accreditamento ECM.

I dati raccolti verranno tutelati in forma riservata in osservanza del D. Lgs n° 196/2003 con le modifiche apportate dal D. Lgs n° 51/2018, dalla L. 167/2007 e dalla L. 122/2016

#### AUTOCERTIFICAZIONE

Dichiaro di aver assistito appieno ai lavori congressuali (orario da programma).

In tale maniera ottempero al requisito di presenza richiesto dalla normativa ministeriale ECM e vincolante per la concessione dei crediti assegnati all'evento.