



[Home Page Ecm](#) > [Home Page](#) > [Gestione Eventi](#) > Residenziale

MILONGA72 Log Out

Formazione Residenziale

Ragione Sociale: QIBLI' S.R.L.

Id Provider: 2007

Evento n° 183131

Edizione n° 1

Si tratta di un Progetto Formativo Aziendale (PFA) ? NO

L'evento tratta argomenti inerenti l'alimentazione della prima infanzia? NO

Stato Evento: VALIDO

- 1 Titolo del programma formativo** CORSO INTENSIVO DI BASE PNEIMED, MEDITAZIONE A INDIRIZZO PNEI
- 2 Sede** ITALIA
- 2.1 Regione** LAZIO
- 2.2 Provincia** ROMA
- 2.3 Comune** ROMA
- 2.4 Indirizzo** VIA TRIONFALE 65
- 2.5 Luogo Evento** SIMAISS
- 3 Periodo di svolgimento**
- 3.1 Anno del piano Formativo di riferimento** 2017
- 3.2 Data inizio** 22/04/2017
- 3.3 Data fine** 25/04/2017
- 4 Durata effettiva dell'attività formativa (in ore)** 30
- 5 Obiettivi dell'evento**
- 5.1 Obiettivo formativo** MEDICINE NON CONVENZIONALI: VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA IN RAGIONE DEGLI ESITI E DEGLI AMBITI DI COMPLEMENTARIETA'
- 5.2 Acquisizione competenze tecnico-professionali** L'APPRENDIMENTO DI TECNICHE DI GESTIONE DELLO STRESS E DI PUNTI DI VISTA RELAZIONALI CONSENTIRA' AL PARTECIPANTE AL CORSO DI MIGLIORARE LE CAPACITA' DI COMUNICAZIONE E DI RELAZIONE CON PAZIENTI E COLLEGHI. INOLTRE ACQUISIRA' COMPETENZE SULLE RELAZIONI MENTE-CORPO UTILI ANCHE SOTTO IL PROFILO TECNICO ALLE PROFESSIONI DI CURA
- 5.3 Acquisizione competenze di processo**
- 5.4 Acquisizione competenze di sistema**
- 6 Programma dell'attività formativa** [Programma_1512_rev_1.pdf](#)
- 6.1 Docenti/Relatori/Tutor**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Ruolo
BOTTACCIOLI	FRANCESCO	BTTFNC49B25D786G	DOCENTE
CAROSELLA	ANTONIA	CRSNTN48H56A315T	DOCENTE

7 Crediti assegnati	42										
8 Tipologia Evento	CONGRESSO/SIMPOSIO/CONFERENZA/SEMINARIO										
8.1 Workshop, seminari, corsi teorici (con meno di 100 partecipanti) che si svolgono all'interno di congressi e convegni	NON PRESENTE										
8.2 Formazione Residenziale Interattiva	PRESENTE										
8.3 Durata effettiva dell'attività formativa interattiva rispetto alla durata totale dell'evento (in ore)	10										
9 Responsabile Segreteria Organizzativa											
9.1 Cognome	BOTTACCIOLI										
9.2 Nome	ANNA GIULIA										
9.3 Codice Fiscale	BTTNGL87C59H501T										
9.4 Telefono	069253036										
9.5 Cellulare	3311117387										
9.6 E-Mail	ECM@QIBLI.IT										
10 Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo	Generale (Tutte le professioni)										
11 Responsabili Scientifici											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Cognome</th> <th>Nome</th> <th>Codice Fiscale</th> <th>Qualifica</th> <th>Curriculum Vitae</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BOTTACCIOLI</td> <td>FRANCESCO</td> <td>BTTFNC49B25D786G</td> <td>DOCENTE DI PSICONEUROENDOCRINOIMMUNOLOGIA</td> <td>Bottaccioli CV.pdf</td> </tr> </tbody> </table>	Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curriculum Vitae	BOTTACCIOLI	FRANCESCO	BTTFNC49B25D786G	DOCENTE DI PSICONEUROENDOCRINOIMMUNOLOGIA	Bottaccioli CV.pdf
Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curriculum Vitae							
BOTTACCIOLI	FRANCESCO	BTTFNC49B25D786G	DOCENTE DI PSICONEUROENDOCRINOIMMUNOLOGIA	Bottaccioli CV.pdf							
12 Rilevanza dei docenti/relatori	NAZIONALE										
13 Metodo di Insegnamento	<ul style="list-style-type: none"> • SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO • CONFRONTO/DIBATTITO TRA PUBBLICO ED ESPERTO/I GUIDATO DA UN CONDUTTORE ("L'ESPERTO RISPONDE") • PRESENTAZIONE DI PROBLEMI O DI CASI CLINICI IN SEDUTA PLENARIA (NON A PICCOLI A GRUPPI) • ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DI TUTTI I PARTECIPANTI DI ATTIVITÀ PRATICHE O TECNICHE 										
14 E' previsto l'uso della sola lingua italiana?	SI										
15 Quota di partecipazione? (in euro)	450,00										
16 Numero partecipanti previsti	20										
17 Provenienza presumibile dei partecipanti	NAZIONALE										
18 Verifica presenza dei partecipanti	<ul style="list-style-type: none"> • FIRMA DI PRESENZA 										
19 Verifica apprendimento dei partecipanti	<ul style="list-style-type: none"> • CON ESAME PRATICO 										
20 Tipo materiale durevole rilasciato ai partecipanti (facoltativo)	CHIAVETTA DRIVER CONTENENTE PDF FILES PRESENTAZIONI										
21 Sponsor											
21.1 L'evento è sponsorizzato	NO										
21.2 Sono presenti altre forme di finanziamento	NO										
21.3 Autocertificazione assenza finanziamenti	Autocertificazione assenza finanziamenti.pdf										

- 22 L'evento si avvale di partner?** SI
- 22.1 Contratto con i partner** [Interesse_partner_1512.pdf](#)

Nome Partner

CENTRO DI MEDICINA NATURALE ORIENTE E OCCIDENTE

- 23 Dichiarazione Conflitto Interessi** [Interesse_partner_1512.pdf](#)
- 24 Esiste una procedura di verifica della qualità percepita?** SI
- 25 Ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n. 196/2003 si dichiara di essere in possesso del consenso scritto alla pubblicazione dei dati personali dei soggetti inseriti nell'applicazione ECM** SI

[Indietro](#)[Documenti](#) | [Normativa](#) | [Assistenza](#) | [Link utili](#)Powered by [Age.Na.S.](#)via Puglie, 23 - 00187 Roma - cod. fisc 97113690586 - [Cookie Policy](#)**agenas.** AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI