

(*)

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 D.Lgs. 196/2003

Si informa che:

i dati personali forniti dal dichiarante saranno raccolti presso l'Ufficio Formazione e Sviluppo e trattati dall'Azienda Ospedaliera "Ospedale di Lecco" nell'ambito delle finalità strettamente connesse alle pratiche del programma di educazione continua in medicina (ECM - CPD); il trattamento viene effettuato con strumenti cartacei e informatici

il conferimento dei dati è obbligatorio

in caso di mancato conferimento dei dati l'istanza non sarà presa in considerazione

i dati potranno essere comunicati a terzi nei casi previsti da disposizione di legge o di regolamento o per assolvimento di funzioni istituzionali

il dichiarante gode dei diritti di cui all'art. 7 del d.lgs. 196/03, tra cui il diritto di accesso ai dati che lo riguardano, il diritto di ottenerne l'aggiornamento, la rettificazione, la cancellazione, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi al responsabile del trattamento - il titolare del trattamento è l'Azienda Ospedaliera "Ospedale di Lecco". Il Responsabile del trattamento è il Direttore S.C. Risorse Umane.

Responsabile scientifico:

Dott. A.Colombo

S.C. Radioterapia

A.O. della Provincia di Lecco

tel. 0341-489714

Fax: 0341-489710

E-mail: c.frigerio@ospedale.lecco.it

Segreteria organizzativa:

DANIELA MILAN

Ufficio Formazione e Sviluppo

A.O. della Provincia di Lecco

tel. 0341-253047

Fax: 0341-253054

E-mail: d.milan@ospedale.lecco.it

Azienda Ospedaliera della Provincia di Lecco
Via dell'eremo 9-11,
23900 Lecco



BRACHITERAPIA DELLA PROSTATA HDR REAL TIME

6 GIUGNO 2013

c/o S.C. Radioterapia
Ospedale "A.Manzoni"
Via dell'eremo 9-11
23900 Lecco

Corso accreditato con 7 crediti ECM per le figure
Radioterapista e Fisico

Programma:

- 8.30 Impianto sotto guida ecografica
Pianificazione real time su immagini ecografiche
Trattamento
(Dott. A. Colombo; Dott. F. Declich)
- 11.00 Coffe Break
- 11:30 Indicazioni della brachiterapia HDR nella Prostata (Dott. A. Colombo)
- 12:30 Metodiche di pianificazione :TC e US
Dott. F. Declich
- 13:00 Pranzo
- 14.00 Frazionamenti utilizzati: passato, presente e futuro
Risultati
(Dott. A. Colombo)
- 15.45 Conclusioni
- 16.30 Fine dei lavori

INFORMAZIONI GENERALI:

Sede del Corso:

S.C. RADIOTERAPIA
Ospedale A. Manzoni
Via dell'eremo 9-11, 23900 Lecco

Numero di partecipanti:

Il corso prevede la partecipazione congiunta di un radioterapista e di un fisico fino a un massimo di 6 partecipanti totali (3 medici + 3 fisici)

Modalità di iscrizione:

La quota di partecipazione è di € 50 +21% IVA per un totale di 60,50€ (la quota è esente da IVA, ai sensi dell'Art. 10 D.P.R. 633/72, se la fattura è intestata ad Ente Pubblico. Se, la quota di partecipazione è superiore ad € 77,47, dovrà essere corrisposta la somma di € 1,81 quale importo dell'imposta di bollo che andrà sommata alla quota di iscrizione A seguito dell'entrata in vigore dell'art.35 del D.L. 1/2012, tutti i pagamenti, effettuati da enti e Organismi pubblici a favore di Enti e Organismi Pubblici vanno effettuati con giro conto Banca d'Italia senza più citare l'IBAN ma indicando solo come modalità di pagamento: GIROFONDI BANCA ITALIA, la causale e il numero di conto da citare, nel caso di pagamenti a favore dell'Azienda Ospedaliera della Provincia di Lecco è pertanto: Girofondi Banca d'Italia n. 306291).

Le domande di iscrizione dovranno essere formalizzate compilando il modulo inserito nella presente brochure, lo stesso deve essere compilato e trasmesso via fax alla Segreteria Organizzativa unitamente alla copia della ricevuta del versamento della quota di iscrizione. Essendo un corso a numero chiuso si consiglia di contattare la segreteria per conoscere la disponibilità dei posti.

Le iscrizioni saranno accettate in ordine temporale di arrivo fino ad esaurimento dei posti disponibili.

Il pagamento della quota avverrà tramite bonifico bancario intestato a:

Azienda Ospedaliera della Provincia di Lecco

Via dell'Eremo 9/11—23900 Lecco

Banca popolare di Sondrio

IBAN IT03 A 05696 22900 000007777X57

Scheda di iscrizione

BRACHITERAPIA DELLA PROSTATA HDR REAL TIME

COGNOME E NOME _____
NATO/A A _____ IL _____
RESIDENTE A _____
VIA/PIAZZA _____ N° _____
PROVINCIA _____ C.A.P. _____
TELEFONO _____
E_MAIL _____
CODICE FISCALE _____
PROFESSIONE/QUALIFICA _____
DATI DELL'AZIENDA / ENTE DI APPARTENENZA

INDIRIZZO _____
STRUTTURA/SERVIZIO _____

DESIDERO FATTURA NON DESIDERO FATTURA

La fattura deve essere intestata a

DENOMINAZIONE

INDIRIZZO _____

C.F o P.I _____

(*) LEGGERE L'INFORMATIVA AI SEI DELL'ART. 13 D.Lgs 196/2003 SUL RETRO

Al fine di effettuare l'iscrizione all'evento formativo in oggetto ed ai fini dell'acquisizione dei crediti ECM-CPD, la presente scheda dovrà essere compilata in ogni sua parte e inviata solo tramite Fax al numero: 0341-253054 (unitamente alla copia delle ricevute del versamento della quota di iscrizione)

DATA _____

FIRMA _____