

(\*)

**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.ssa Cristina Frigerio

Servizio di Fisica Sanitaria

A.O. della Provincia di Lecco

tel. 0341-489703

Fax: 0341-489710

E-mail: [c.frigerio@ospedale.lecco.it](mailto: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](mailto:d.milan@ospedale.lecco.it)

Azienda Ospedaliera della Provincia di Lecco

Via dell'eremo 9-11,

23900 Lecco



# INDICAZIONI E PROCEDURE DELLA BRACHITERAPIA HDR NELLA PROSTATA

29 OTTOBRE 2012

AULA BIANCA

Palazzina Amministrativa

Ospedale "A. Manzoni"

Via dell'eremo 9-11, 23900 Lecco

Corso accreditato ECM per le figure di  
Radioterapista e Fisico

# Programma:

- 9.00 Indicazioni della brachiterapia HDR nella Prostata
- 10.00 Frazionamenti utilizzati: passato, presente e futuro  
*Dott. A. Colombo*
- 11.00 Coffe Break
- 11.30 Metodiche di pianificazione :TC e US  
*Dott.ssa C.Frigerio*
- 13.00 Pausa pranzo
- 14.00 Risultati  
*Dott. A. Colombo*
- 15.45 *Conclusioni*
- 16.30 Fine dei lavori

## INFORMAZIONI GENERALI:

### Sede del Corso:

AULA BIANCA  
Ospedale A. Manzoni  
Via dell'ereмо 9-11, 23900 Lecco

### Numero di partecipanti:

Il corso è accreditato per 15 medici e 5 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).

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

INDICAZIONI E PROCEDURE DELLA BRACHITERAPIA  
HDR NELLA PROSTATA

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 IL'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 \_\_\_\_\_