

## Informazioni Generali

### Iscrizione

La partecipazione ai lavori è gratuita

L'iscrizione comprende:

- Ammissione alle Sessioni Scientifiche
- Kit Congressuale
- Coffee breaks
- Colazione di lavoro (per i medici)
- Attestato di Partecipazione

Essendo l'Evento a numero chiuso, dovrà essere effettuata richiesta di iscrizione, inviando l'apposita scheda, debitamente compilata e firmata, a mezzo fax o e-mail al Comitato Organizzativo ai seguenti recapiti:

Fax 081 7464234 - e-mail: franzese@unina.it

La conferma dell'iscrizione avverrà, in base all'ordine di arrivo delle richieste, a mezzo fax o e-mail. In caso contrario l'iscrizione non sarà considerata accettata.

### Crediti ECM

All'Evento Formativo sono stati assegnati dal Ministero della Salute nel Programma Nazionale di Educazione Continua in Medicina (ECM)

N. ... CREDITI FORMATIVI PER L'ANNO 2006

per la categoria di Medico di Medicina Generale e Pediatra e

N. ... CREDITI FORMATIVI PER L'ANNO 2006

per la categoria di Psicologo

### Registrazione e presenze

Registrazione Partecipanti 3 Novembre 2006 Ore 08.00.

La presenza in aula è obbligatoria ai fini dell'acquisizione dei crediti e verrà rilevata all'ingresso ed all'uscita.

### Attestato ECM

L'attestato di frequenza ECM, avendo valenza legale per l'attribuzione dei crediti assegnati all'Evento, verrà rilasciato esclusivamente previa verifica frequenza del 100% delle ore di formazione e dei test finali.

Desidero partecipare al:

Corso di Formazione  
per Medici

Workshop  
per Psicologi

ed attendo "Conferma di Iscrizione".

Data .....

Firma

.....

PROGETTO



II CORSO  
RETE DI ASSISTENZA  
DEL DIABETE IN ETÀ EVOLUTIVA  
NELLA REGIONE CAMPANIA:  
EMERGENZE ED ASPETTI DOMICILIARI

3 e 4 Novembre 2006

Grand Hotel Vanvitelli - Caserta

VENERDI 3 NOVEMBRE 2006 EVENTO PARALLELO

WORKSHOP

AIUTARE CHI AIUTA: I GRUPPI DI DISCUSSIONE  
SULLA RELAZIONE PSICOLOGO-PAZIENTE CON DIABETE

### SCHEDA DI RICHIESTA ISCRIZIONE

Ai fini ECM è obbligatorio compilare la presente scheda in tutte le sue parti in stampatello. Le schede pervenute non complete di tutti i dati non saranno considerate valide.

Cognome .....

Nome .....

Luogo e data di nascita .....

Codice Fiscale .....

Ente di appartenenza .....

Indirizzo .....

Professione .....

Disciplina .....

Indirizzo privato .....

Cap ..... Città ..... Prov. ....

Tel. .... Fax .....

Cell. .... e-mail .....

Ai sensi della Legge n. 675 del 31/12/1996 si informa che i dati forniti saranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra citata.

### COMITATO SCIENTIFICO ED ORGANIZZATIVO

*Pietro Buono - Adriana Franzese - Maria Immacolata Spagnuolo (Univ. Federico II)*

*Dario Iafusco - Francesco Prisco (S.U.N.)*

Centri di Riferimento Regionale di Diabetologia Pediatrica

*Simonetta M.G. Adamo - Eugenio Zito*

Dipartimento di Neuroscienze - Univ. degli Studi di Napoli "Federico II"