



Ordine dei Farmacisti di
Torino



A.Gi.Far. Torino

OBBLIGHI VACCINALI: PERCHÉ DI NUOVO UN ARGOMENTO ATTUALE?

Lunedì 9 ottobre 2017 h 20,00

Programma

- ◆ Normativa sui vaccini: stato dell'arte
Paola Brusa
- ◆ Perché vaccinarsi e quando farlo?
Giovanni Di Perri
- ◆ La vaccinazione nel viaggiatore internazionale: dal rischio alla protezione
Guido Calleri
- ◆ Vaccini e paziente oncologico
Alessandro Comandone
- ◆ Tavola rotonda
Mario Giaccone, Emanuele Platter e tutti i relatori

Sede del corso:

Sala convegni "Il Centro in centro", Via B. Galliani 10A, Torino

Numero partecipanti:

200 farmacisti territoriali e ospedalieri

Crediti ECM: 2,8

Iscrizioni: entro il giorno 02/10/2017

inviando il modulo tramite e-mail all'indirizzo corsi@farmapiemonte.org

L'iscrizione al convegno è obbligatoria.

La quota di iscrizione è di 15 €.

L'intero ricavato, dedotte le spese, verrà devoluto alla Cooperativa "La Bottega".



Chi è La Bottega?

È una Cooperativa sociale di tipo B, luogo di transito e mediazione per i giovani con svantaggio intellettuale in cui accrescere formazione e professionalità in attesa di una collocazione occupazionale adeguata.

Cos'è il Progetto "Scuola di formazione per disabili in farmacia"?

È il progetto di realizzare, presso la Cooperativa Sociale La Bottega, una Scuola di formazione per giovani disabili, basata su attività pratiche, finalizzata al loro inserimento lavorativo in farmacia.



Scheda di rilevamento dati

“OBBLIGHI VACCINALI: PERCHÉ DI NUOVO UN ARGOMENTO ATTUALE?”

FARMASERVIZI FORMAZIONE S.R.L. – 9 Ottobre 2017– Torino

COGNOME: _____ NOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

Codice fiscale

--	--	--

--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

Indirizzo _____ Comune _____

Prov. _____ CAP _____ Recapito tel. o cellulare _____

Recapito e-mail _____

(dove vi verrà inviato l’attestato di frequenza)

PROFESSIONE:

Professione: FARMACISTA Disciplina: FARMACIA TERRITORIALE/OSPEDALIERA (lasciare la dizione che interessa)

Farmacia di appartenenza _____

Iscr./Ordine/

di _____ n° _____ del _____

Rapporto di lavoro Libero Professionista Dipendente
 Convenzionato Privo di occupazione

La firma in calce alla presente scheda implica integrale accettazione del contenuto e autorizza il trattamento dei dati personali in conformità alla Legge 675/96. Il partecipante è responsabile dei dati riportati sulla scheda anagrafica. La FARMASERVIZI FORMAZIONE S.R.L. è sollevata da qualunque responsabilità per dati trascritti in modo errato e non rispondenti al vero.

DATA _____ FIRMA _____

FATTURA INTESTATA A (in caso di partecipazione a pagamento) :

PARTECIPANTE

O

FARMACIA

Via _____	RAG.SOCIALE _____
CAP: _____ COMUNE _____	CAP: _____ COMUNE _____
C.FISCALE _____	P.IVA _____

NB: La conferma dell’avvenuta iscrizione avverrà mediante comunicazione da parte della Segreteria Farmaservizi Formazione tramite e-mail. Tutti coloro che non rientreranno nel numero previsto non verranno contattati ed il loro nominativo verrà preso in considerazione per future riedizioni del medesimo evento. Soltanto in caso di eventuali rinunce da parte degli effettivi iscritti, la scrivente, in ordine cronologico di richieste, contatterà i nominativi precedentemente esclusi.