



LA RESPONSABILITÀ DELLA DIRIGENZA SANITARIA AL TEMPO DEL COVID

AZIENDA OSPEDALIERA PER L'EMERGENZA CANNIZZARO

27/10/2021

08,00 Registrazione dei partecipanti

09,00 **Apertura dei lavori e Moderatore**

Dott. Massimo De Natale *Segretario Generale Provinciale Cisl Medici Catania*

09,30 **Saluti Autorità**

10,00 **Responsabilità della dirigenza sanitaria : risvolti penali**

Dott.ssa Agata Santonocito: *Procuratore Aggiunto Tribunale di Catania*

10,30 **Responsabilità della dirigenza sanitaria: gli aspetti civilistici e le conseguenze sul singolo professionista sanitario**

Avv. Domenico Francesco Donato

11,00 **Responsabilità della dirigenza sanitaria: La prospettiva Medico-legale**

Prof Pomara Cristoforo *Prof. Ordinario U.O.C di Medicina Legale Università di Catania*

11,30 **Conclusioni**

Dott. Biagio Papotto *Segretario Generale Nazionale Cisl Medici*

12.00 **Question Time**

12,20 **Compilazione questionario ECM**

13,00 **Conclusione dei lavori**



NEW TECNA S.r.l.

Via Pier Luigi Deodato, 5 - 95123 CATANIA

Tel. +39 095 373894 Fax. +39 095 2830072 - C.F./ P. IVA 03882830874 - REA CT-260195

formazione.ecm@newtecna.com - www.newtecna.com

Accreditamento Nazionale presso l'AGE.NA.S. - Identificativo Provider: 6874

MODULO DI ISCRIZIONE EVENTO ECM

TITOLO: "LA RESPONSABILITA' DELLA DIRIGENZA SANITARIA AL TEMPO DEL COVID"

Sede: Il corso si terrà presso l'azienda ospedaliera per l'emergenza "Cannizzaro"
Catania Via Messina, 829

Per informazioni tel. 095-373894. Per invio schede iscrizioni mail: formazione.ecm@newtecna.com

CALENDARIO DEL CORSO: data 27/10/2021 dalle ore 8.00 alle ore 13.00

DATI DEL PARTECIPANTE:

NOME E COGNOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____

NAZIONALITA' _____

INDIRIZZO RESIDENZA _____

PROFESSIONE _____

SPECIALITA' _____

TIPOLOGIA LAVORATIVA Libero Professionista Convenzionato Dipendente

CELLULARE _____

INDIRIZZO E-MAIL _____

N. ISCRIZIONE (Ordine, Collegio, Ass.) _____

LUOGO DI ISCRIZIONE (Ordine, Collegio, Ass.) _____

TIPOLOGIA (Ordine, Collegio, Ass.) _____

Io sottoscritto Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 relativo alla "Protezione delle Persone Fisiche con riguardo al Trattamento dei Dati Personali, nonché alla Libera Circolazione di tali Dati" e del precedente D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Timbro e firma per accettazione _____

Data