



U.O. Formazione

Via La Farina 263, 98123 Messina
090/3652741 - Fax: 090/3652853

Prot. 171 del 04 Marzo 2014

Oggetto: Rettifica date. Intesa Stato regione 20/04/2011 – 84/CRS – Progetto: 3.2 Potenziamento Rete Regionale Cure Palliative – **Progetto Formativo Aziendale “Le Cure Palliative scienza medica e calore umano”**(Rif. Provider 400 – 1119)

Al Presidente dell’ Ordine dei Medici di Messina

e p.c. Al Commissario Straordinario

A rettifica della nota prot. n. 169 del 3 Marzo 2014 si comunica che l’edizione del Progetto Formativo in oggetto si terrà **il 28 e 29 Marzo**, anziché il 21 e 22 Marzo, come erroneamente indicato, sempre presso l’Aula “A. Mannino” della Cittadella della Salute (ex Mandalari, Viale Giostra) alle ore 8.30.

Il progetto Formativo si rivolge ai Medici di Medicina Generale al fine di sviluppare abilità e competenze relativamente alla cura dei pazienti inguaribili con particolare attenzione all’individuazione dei sintomi invalidanti e all’approfondimento dei farmaci sintomatici.

La partecipazione alla due giornate richiede l’iscrizione, attraverso il MODULO (rettificato con le nuove date) allegato che va inviato, esclusivamente via email, al seguente indirizzo: segreteria.ecm@asp.messina.it. entro e non oltre il **21 Marzo 2014**.

Le domande saranno accolte secondo l’ordine di arrivo, per un totale di 50 partecipanti. La segreteria organizzativa rimane a disposizione per ogni altra eventuale delucidazione (090/3652741 – 42).

Nel ringraziare sempre per la collaborazione offerta e scusandoci per il disagio si porgono

Cordiali saluti

La Responsabile dell’U.O. Formazione
Dott. A. Santisi



U.O. Formazione

RICHIESTA di PARTECIPAZIONE
al Progetto Formativo Aziendale
(n. 400 – 1119)
“Le cure palliative scienza medica e calore umano”

Si CHIEDE di partecipare al Progetto Formativo Aziendale in oggetto che si terrà il:

Dal 28 al 29 Marzo 2014
c/o la Cittadella della Salute (ex Mandalari) Viale Giostra Messina

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare la propria indisponibilità se sopraggiungono difficoltà alla presenza.

Nome _____

Cognome _____

Data di Nascita _____ luogo _____

Codice Fiscale _____

Professione _____

UU.OO./Distretto/ P.O. di appartenenza _____

Recapito telefonico _____

Indirizzo di posta elettronica _____

Da compilare a stampatello o in modo leggibile e INVIARE all'indirizzo
e-mail : segreteria.ecm@asp.messina.it
entro e non oltre il 21 Marzo 2014

Firma del professionista