



**COMUNICAZIONE 69/10 03.03.2010**

**FAX**

AI TITOLARI DI FARMACIA DI ROMA  
E PROVINCIA

disponibile sul sito [www.federfarmaroma.com](http://www.federfarmaroma.com)

## IMPORTANTE EVENTO FORMATIVO

**“Il paziente dermatologico in farmacia: relazione, comunicazione e gestione professionale” - 8 crediti ECM**

### APERTE LE ISCRIZIONI

Considerato il successo registrato nelle precedenti edizioni, abbiamo organizzato una nuova edizione del corso **“Il paziente dermatologico in farmacia: relazione, comunicazione e gestione professionale”**.

Obiettivo del corso, strutturato a livello “master”, è stabilire e consolidare una relazione tra professionisti della salute -dermatologo e farmacista - con lo scopo di poter gestire insieme in modo appropriato ed ottimale le problematiche sanitarie a cui sono chiamati quotidianamente a rispondere. E ciò attraverso l'armonizzazione delle proprie competenze nell'interesse del paziente.

Il corso, strutturato in tre serate a cadenza settimanale (martedì), per un numero massimo di 40 partecipanti, si svolgerà presso le Sale Convegno Assiprofar - Via dei Luceri 3/c- Roma a partire dalle ore 20,30 secondo il seguente programma:

- **16 marzo 2010** “Dermatologia: generalità e patologie minori”
- **23 marzo 2010** “Fotodanneggiamento, invecchiamento cutaneo e dermatosi dell'Anziano; reazioni cutanee da farmaci, cosmetici e prodotti “naturali”
- **30 marzo 2010** “Psoriasi, dermatite seborroica, dermatite atopica, acne volgare e acne rosacea”

Le lezioni saranno tenute dal dr. Luciano D'Auria, specialista dermatologo.

La quota di partecipazione è di 90,00 euro (Iva esente).

Per partecipare è necessario trasmettere all'Assiprofar tramite fax (0683391094 - 064959325 ) l'apposito **modulo allegato, completato in ogni sua parte.**

Solo dopo aver ricevuto la conferma dell'avvenuta iscrizione si potrà effettuare il pagamento a favore di Assifar Servizi Srl tramite:

- bollettino di conto c/c postale n. **95410452** oppure
- bonifico sul c/c delle Poste Italiane codice IBAN **IT59N0760103200000095410452**

Copia del pagamento dovrà essere inviato al fax 0683391094 oppure 064959325.

**CONSIDERATI I TEMI TRATTATI, INVITIAMO I COLLEGHI TITOLARI A DIFFONDERE OPPORTUNAMENTE LA PRESENTE COMUNICAZIONE AI PROPRI COLLABORATORI.**

Cordiali saluti.

**IL SEGRETARIO**  
Andrea Cicconetti

**IL PRESIDENTE**  
Franco Caprino

All. : - Modulo di iscrizione

"IL PAZIENTE DERMATOLOGICO IN FARMACIA:  
RELAZIONE, COMUNICAZIONE E GESTIONE PROFESSIONALE"  
16 - 23 - 30 marzo 2010

SCHEDA DI ISCRIZIONE

COMPILARE IN OGNI SUA PARTE E TRASMETTERE AL FAX N° 06 83391094 - 06 4959325

\* Cognome .....

\* Nome .....

TITOLARE

COLLABORATORE  presso la farmacia .....

Farmacia Territoriale  Ospedaliera

\* Codice Fiscale .....

\*Luogo di nascita ..... Provincia ..... il .....

\* Indirizzo abitazione .....

\* Cap, Città, Provincia .....

\* Tel. F.cia: ..... Fax: ..... Cell.: .....

\* Numero di Iscrizione Ordine dei Farmacisti ..... della provincia di .....

\* compilare con calligrafia chiara i dati obbligatori per il Ministero della Salute pena la non attribuzione dei crediti

QUOTE DI PARTECIPAZIONE: € 90,00 (quota esente IVA art. 10 DPR 633/72)

Il pagamento deve essere effettuato tramite:

- bollettino di conto c/c postale n. **95410452** oppure
- bonifico sul c/c delle Poste Italiane codice IBAN **IT59N0760103200000095410452**

**DATI PER LA FATTURAZIONE**  
SE DIVERSI DAI DATI DEL PARTECIPANTE

Ragione sociale .....

Indirizzo .....

CAP ..... Città .....

Partita IVA ..... CodiceFiscale farmacia .....

Codice S.S.N farmacia .....

Il pagamento del presente corso viene effettuato dal titolare in quanto trattasi di rimborso previsto dal CCNLL delle farmacie al personale laureato per la formazione obbligatoria?

SI

NO

Firma del titolare .....

Esprimo il consenso al trattamento dei dati per le finalità consentite dal D. Lgs. 196/2003.

Firma del partecipante \_\_\_\_\_