



Formazione Residenziale

Ragione Sociale: FORMED ECM S.R.L.S. SOC. UNIPERSONALE

Id Provider: 5092

Evento n° 421124

Edizione n° 1

Si tratta di un Progetto Formativo Aziendale (PFA) ? NO

L'evento tratta argomenti inerenti l'alimentazione della prima infanzia? NO

Stato Evento: VALIDO

1 Titolo del programma formativo COGNITIVE ORIENTATION TO OCCUPATIONAL PERFORMANCE

2 Sede ITALIA

2.1 Regione SICILIA

2.2 Provincia CATANIA

2.3 Comune CATANIA

2.4 Indirizzo VIA MESSINA 829

2.5 Luogo Evento**3 Periodo di svolgimento****3.1 Anno del piano Formativo di riferimento**

2024

3.2 Data inizio

08/06/2024

3.3 Data fine

19/10/2024

**4 Durata effettiva dell'attività formativa
(in ore)**

21

5 Obiettivi dell'evento**5.1 Obiettivo formativo**

3 - Documentazione clinica. Percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza - profili di cura

5.2 Acquisizione competenze tecnico-professionali

I PARTECIPANTI IMPARERANNO: O IL RAZIONALE PER L'USO DI APPROCCI COGNITIVI, O "TOP-DOWN"; O A CONDURRE L'ANALISI DINAMICA DELLA PERFORMANCE NELLE ATTIVITÀ QUOTIDIANE; O A GUIDARE LA SCOPERTA DI STRATEGIE COGNITIVE; O SPECIFICHE STRATEGIE COGNITIVE CHE RENDONO POSSIBILE LA PERFORMANCE DI UN COMPITO; O IL QUADRO DI RIFERIMENTO NECESSARIO PER LO SVILUPPO, L'APPLICAZIONE E LA GENERALIZZAZIONE DELLE STRATEGIE COGNITIVE

5.3 Acquisizione competenze di processo**5.4 Acquisizione competenze di sistema****6 Programma dell'attività formativa**

[programma e cv.pdf](#)

6.1 Docenti e moderatori

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Ruolo
VOLTA	BARBARA	VLTBRR71D57H223R	DOCENTE

7 Crediti assegnati

30

8 Tipologia Evento

CORSO PRATICO FINALIZZATO ALLO SVILUPPO CONTINUO PROFESSIONALE

8.1 Workshop, seminari, corsi teorici (con meno di 100 partecipanti) che si svolgono all'interno di congressi e convegni

NON PRESENTE

8.2 Formazione Residenziale Interattiva

PRESENTE

8.3 Durata effettiva dell'attività formativa interattiva rispetto alla durata totale dell'evento (in ore)

9

9 Responsabile Segreteria Organizzativa

9.1 Cognome

PANARO

9.2 Nome

CARLOTTA

9.3 Codice Fiscale

PNRCLT90B42A662B

9.4 Telefono

080757317

9.5 Cellulare

3929369350

9.6 E-Mail

INFO@FORMEDECM.IT

10 Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo

Settoriale

Professione	Discipline
TERAPISTA OCCUPAZIONALE	TERAPISTA OCCUPAZIONALE; ISCRITTO NELL'ELENCO SPECIALE AD ESAURIMENTO;

11 Responsabili Scientifici

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curriculum Vitae
VOLTA	BARBARA	VLTBRR71D57H223R	FISIOTERAPISTA	CV VOLTA BARBARA.pdf

12 Rilevanza dei docenti/relatori

NAZIONALE

13 Metodo di Insegnamento

- SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO
- DIMOSTRAZIONI TECNICHE SENZA ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DEI PARTECIPANTI

- PRESENTAZIONE DI PROBLEMI O DI CASI CLINICI IN SEDUTA PLENARIA (NON A PICCOLI A GRUPPI)
- LAVORO A PICCOLI GRUPPI SU PROBLEMI E CASI CLINICI CON PRODUZIONE DI RAPPORTO FINALE DA DISCUTERE CON ESPERTO
- ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DI TUTTI I PARTECIPANTI DI ATTIVITÀ PRATICHE O TECNICHE
- ROLE-PLAYING

14 E' previsto l'uso della sola lingua italiana?	SI
15 Quota di partecipazione? (in euro)	300,00
16 Numero partecipanti previsti	25
17 Provenienza presumibile dei partecipanti	NAZIONALE
18 Verifica presenza dei partecipanti	<ul style="list-style-type: none"> • FIRMA DI PRESENZA
19 Verifica apprendimento dei partecipanti	<ul style="list-style-type: none"> • ESAME PRATICO • QUESTIONARIO A RISPOSTA APERTA
20 Tipo materiale durevole rilasciato ai partecipanti (facoltativo)	
21 Sponsor	
21.1 L'evento è sponsorizzato	NO
21.2 Sono presenti altre forme di finanziamento	NO
21.3 Autocertificazione assenza finanziamenti	formed dichiarazione assenza finanziamenti formed.pdf
22 L'evento si avvale di partner?	NO

23 Dichiarazione Conflitto Interessi
(obbligatoria in presenza di un partner)

[formed 01-B CONFLITTO INTERESSI PER CORSO AUTONOMO.pdf](#)

24 Esiste una procedura di verifica della qualità percepita?

SI

25 Il provider dichiara di essere in possesso del consenso scritto alla pubblicazione dei dati personali dei soggetti inseriti nell'evento ECM ai sensi e per gli effetti del D. lgs. n. 196/2003 e successive modificazioni, oltre che del regolamento UE 679/2016

SI

Indietro

[Documenti](#)

[Normativa](#)

[Assistenza](#)

[Link utili](#)

Powered by [Age.Na.S.](#)

via Puglie, 23 - 00187 Roma - cod. fisc 97113690586 - [Cookie Policy](#)

 **agen.a.s.**
AGENZIA NAZIONALE PER
I SERVIZI SANITARI REGIONALI