PROVIDER ECM Nr. Rif. 3282
Via Paolo Emilio, 10 - 00192 ROMA - Tel. 06 87758855 - www.alfafcm.com

In collaborazione con

"Center for Experimental Research for Human Microbiome"

Organizza Corso ECM Nr. 185583 al quale sono stati concessi Nr. 7 crediti ECM

Per: Medico Chirurgo (con tutte le specializzazioni riconosciute dal Ministero) e Biologo

DISBIOSI INTESTINALE, ATOPOBIOSI ED INFIAMMAZIONE SISTEMICA UTILIZZO INTEGRATO DEI PROBIOTICI

Relatore: Prof. Marcello Romeo

Sabato 1 Aprile 2017 dalle 08.45 alle 17.00
c/o Plaza Hotel Catania – Viale Ruggero di Lauria, 43 - Catania

PROGRAMMA DELLA GIORNATA

08,45 – 09,00	Registrazione dei partecipanti
09,00 – 10,00	Il Microbioma Umano: stato dell'arte
10,00 – 11,00	Disbiosi Intestinale e Atopobiosi
11,00 – 11,15	**Pausa caffè offerta da Bromatech**
11,15 – 12,00	Asse Intestino-Cervello
12,00 – 13,15	Asse Intestino-Cuore
13,15 – 14,00	**Pausa pranzo offerta da Bromatech**
14,00 – 15,00	Asse Intestino-Rene
15,00 – 16,30	Utilizzo integrato dei Probiotici
16,30 – 17,00	Verifica dell'apprendimento e chiusura dell'evento

Numero massimo di partecipanti 100, all'evento Nr. 185583 sono stati concessi Nr. 7 crediti ECM

Per maggiori informazioni: **EDMONDO LISSANDRELLO Tel. 334-1920232** oppure bromatech.biomed@tin.it
o fax 031 6348585
Oppure Alfa FCM Provider - Tel. 06 3211354

PROVIDER ECM Nr. Rif. 3282
Via Paolo Emilio, 10 - 00192 ROMA - Tel. 06 87758855 - www.alfafcm.com

SCHEDA DI ISCRIZIONE AL CORSO

DISBIOSI INTESTINALE, ATOPOBIOSI ED INFIAMMAZIONE SISTEMICA UTILIZZO INTEGRATO DEI PROBIOTICI

Sabato 1 Aprile 2017 dalle 08.45 alle 17.00
c/o Plaza Hotel Catania – Viale Ruggero di Lauria, 43 - Catania

Da completare in ogni sua parte in stampatello ed inviare via e-mail bromatech.biomed@tin.it
o via fax al numero 031 6348585

I campi contrassegnati con * sono obbligatori

Nome* ..... Cognome* .....

Indirizzo abitazione..... CAP .....

Città ..... Prov. .....

Indirizzo Studio ..... CAP .....

Città ..... Prov. .....

Tel.* ..... Cell. .....

Fax ..... Codice Fiscale* .....

E-mail* .....

Luogo e data di nascita .....

Ente di appartenenza .....

Professione e Specializzazione* .....

Iscrizione all'Ordine/Collegio/ASS.* .....Num. .....

Intendo far richiesta dei crediti ECM in qualità di:

□ Medico Chirurgo – Specializzazione _____

□ Biologo

Informativa ai sensi dell'art. 13 d.lgs. 196/2003: i suoi dati personali fornitici nella presente occasione saranno oggetto di trattamento informatico e manuale, al fine di documentare la sua partecipazione alla manifestazione e a trattamenti derivati da obblighi di legge. Essi saranno comunicati a fornitori di servizi inerenti la manifestazione per
il disbrigo delle pratiche relative all'organizzazione della stessa. Il conferimento dei dati a tali fini è obbligatorio ed essenziale per la sua partecipazione alla manifestazione.
Il titolare dei dati è la Alfa FCM Srl. A lei competono tutti i diritti previsti dall'art. 7 T.U. Preso atto dell'informativa di cui sopra consento al trattamento dei miei dati personali e
alla loro comunicazione per le finalità sopra indicate.

Luogo ..... Data ..... Firma .....

IL CORSO E' GRATUITO MA L'ISCRIZIONE E' OBBLIGATORIA
Da compilare in ogni sua parte in stampatello ed inviare:
bromatech.biomed@tin.it oppure al seguente numero di fax 031 6348585