



DOMANDA DI AMMISSIONE

da inviare alla Segreteria della Scuola di Formazione Permanente di Medicina di Laboratorio.

Via Libero Temolo Torre U8 n. 4 - 20126 Milano - Tel. 02/45498282 - Fax 02/45498199 - e-mail spml@sibioc.it

SCEGLI IL PERCORSO

- ◇ Applicare l'EBM alla pratica di Laboratorio
Coordinatore: Tommaso Trenti
- ◇ Biochimica clinica cardiovascolare
Coordinatore: Martina Zaninotto
- ◇ Biologia molecolare clinica
Coordinatore: Ettore Capoluongo
- ◇ Citometria a flusso
Coordinatori: Claudio Ortolani e Stefano Papa
- ◇ Corso specialistico di Microscopia urinaria
Coordinatori: Cosimo Ottomano, Fabio Manoni
- ◇ Diabetologia
Coordinatore: Andrea Mosca
- ◇ Diagnostica allergologica
Coordinatore: Bruno Dente
- ◇ Diagnostica ematologica
Coordinatore: Antonio La Gioia
- ◇ Emoglobinopatie e Talassemie
Coordinatore: Andrea Mosca
- ◇ Farmacotossicologia analitica
Coordinatore: Roberta Pacifici
- ◇ Norme ISO e Qualità
nei Servizi di Medicina di laboratorio
Coordinatore: Anna Cremaschi

SCEGLI IL LIVELLO

- 1° livello
- 1° livello 2° livello 3° livello
- 1° livello 2° livello 3° livello
- 1° livello 2° livello 3° livello
- livello unico
- livello unico
- livello unico
- 1° livello 2° livello
- livello unico
- 1° livello 2° e 3° livello unificato
- 1° livello 2° e 3° livello unificato



Scuola di Formazione Permanente di Medicina di Laboratorio

Un Progetto Formativo



DATI ANAGRAFICI

Titolo _____ Dott. Prof. Sig.

Cognome _____ Nome _____

Cellulare _____ Email _____

Ente _____ U.O. _____

Via dell'ente _____ Cap _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

Ruolo Direttore U.O. Complessa Direttore U.O. Semplice Borsista Dirigente

Professore Associato Professore Ordinario Ricercatore Specializzando

Altro:

Socio SIBioC Non Socio SIBioC

DATI PER CREDITI ECM

Campi da compilare obbligatoriamente

In caso di compilazione errata o parziale Biomedica non si assume la responsabilità dell'eventuale mancata assegnazione dei crediti da parte del Ministero della Salute

Medico Biologo Chimico Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico

Codice Fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Nato a _____ Prov. _____ Nato il _____

Via _____ Cap _____ Città _____ Prov. _____

La preghiamo di allegare alla presente il proprio CV (o inviarlo all'indirizzo spml@sibioc.it)



Scuola di Formazione Permanente di Medicina di Laboratorio

Un Progetto Formativo



La preghiamo di rispondere alle seguenti domande:

1. CARATTERISTICHE DELLA STRUTTURA PRESSO CUI LAVORA

1.1 Tipologia: _____

1.2 Se Azienda Ospedaliera, indicare:

Bacino di Utenza: _____

1.2. Numero di posti letto: _____ 1.3 Numero analisi annue: _____

1.4 Esiste una sezione specifica, relativa all'argomento del Percorso scelto? SI NO

1.5 Si vuole attivare una sezione specifica relativa all'argomento? SI NO

1.6 Quali strumenti utilizza nel proprio Laboratorio, in riferimento al Percorso scelto? _____

2. ECM - E' interessato ai crediti ECM? SI NO

2.1 Per quale categoria (Medico, Biologo, Chimico, Tecnico di Laboratorio)? _____

3. PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE (in riferimento al Percorso scelto)

3.1 Numero di pubblicazioni su riviste indicizzate: _____ ; non indicizzate: _____

3.2 Numero di pubblicazioni su riviste italiane: _____ ; straniere: _____

4. ATTIVITÀ SCIENTIFICHE

4.1 PARTECIPAZIONE A GRUPPI DI STUDIO ITALIANI E/O EUROPEI SI NO

Se si, quali: _____

Altro: _____

5. PARTECIPAZIONE A PROGRAMMI PER IL CONTROLLO DI QUALITÀ SI NO

Se si, quali: _____

6. CONOSCENZA E APPLICAZIONE DI LINEE GUIDA SI NO

Se si, quali: _____

Criteria di ammissione

- Il Comitato Scientifico valuterà la domanda in base alle informazioni da Lei fornite.
- Sarà cura della Segreteria inviare via e-mail conferma di accettazione della domanda pervenuta.
- Una volta ottenuta conferma di accettazione potrà quindi procedere con la procedura di iscrizione e pagamento.

Solo i nominativi di coloro che avranno frequentato il Percorso completo, dal I al III livello, saranno inseriti nell'Albo Professionale della Società Italiana di Biochimica Clinica e Biologia Molecolare Clinica.

Firma _____ Data _____