

# MALATTIE RARE

## LA VITA È ANCORA BELLA...

...DIAGNOSI, TERAPIA E QUALITÀ DI VITA



### 2° CONGRESSO REGIONALE

BARI, 21-23 FEBBRAIO 2013

#### SCHEDA DI ADESIONE

da inviare compilata a stampatello via e.mail o fax a:

Centro Italiano Congressi CIC Sud - Viale Escrivù, 28 - 70124 BARI - Tel. 080.5043737 - Fax 080.5043736 - E.mail:info@cicsud.it

DEADLINE : 12 FEBBRAIO 2013

Cognome ..... Nome .....

Qualifica  Medico Specializzazione.....

- Biologo  Farmacista  Infermiere  Fisioterapista  Logopedista  
 Terapista occupazionale  Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva

Reparto ..... ASL/Ospedale di appartenenza .....

Città ..... CAP ..... Tel. .... Fax .....

#### Corsi interattivi • Giovedì 21 Febbraio 2013 • ore 10.00-14.00 (max 50 pax)

- Ore 10.00-12.00 • Corso interattivo • Sala A  
**Gestione dei bisogni assistenziali nelle patologie neurologiche complesse dell'adulto e del bambino: dalla domotica alla macchina della tosse.**
- Ore 12.00-14.00 • Corso interattivo • Sala A  
**Le malattie rare con ritardo mentale: la riabilitazione come e quando**
- Ore 10.00-12.00 • Corso interattivo • Sala B  
**L'autonomia possibile: comunicazione e presa in carico delle persone con malattia rara**
- Ore 12.00-14.00 • Corso interattivo • Sala B  
**Gli ostacoli alla via del respiro: migliorare le competenze nella diagnosi e gestione del bambino con Kartagener e disturbi respiratori del sonno**
- Ore 10.00-12.00 • Corso interattivo • Sala C  
**Sport e disabilità rara**
- Ore 12.00-14.00 • Corso interattivo • Sala C  
**Malattie rare ed ipovisione: assessment diagnostico e riabilitativo**
- Convegno infermieristico (Sessione parallela del Congresso Regionale)**  
**Venerdì 22 Febbraio 2013 • ore 10.00-14.00 (max 100 pax)**

**DATI NECESSARI PER ECM** (Su precise esigenze del Min. Sal., si richiede la massima precisione nella compilazione)

Inquadramento professionale  Libero professionista  Dipendente  Convenzionato

Luogo e data di nascita .....

Cod. Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Indirizzo ab. ....

Città ..... CAP ..... Tel. .... E.mail .....

#### GARANZIA DI RISERVATEZZA

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.lgs. n. 196/03.

Firma ..... Data .....