

**COMUNICAZIONE 118/10 27.04.2010**  
**CIRCOLARE VITA ASSOCIATIVA**

AI TITOLARI DI FARMACIA DI ROMA  
E PROVINCIA  
*disponibile sul sito [www.federfarmaroma.com](http://www.federfarmaroma.com)*

## **IMPORTANTE EVENTO FORMATIVO ECM**

### **“Medicina integrata in dermatologia per farmacisti”**

#### **5 Crediti ECM**

#### **APERTE LE ISCRIZIONI!**

L'evento che presentiamo è stato ideato grazie ai suggerimenti dei colleghi che hanno partecipato ai diversi corsi in dermatologia organizzati dall'Assiprofar. L'esigenza manifestata da numerosi colleghi era quella di affrontare le problematiche dermatologiche di interesse per il farmacista considerando anche il possibile impiego di prodotti naturali.

E' proprio integrando diverse discipline e competenze che è stato realizzato questo nuovo corso al quale hanno collaborato il dr. D'Auria (specialista dermatologo) e il dr. Turinese, (esperto omeopata). Il programma (si veda allegato) prevede due lezioni serali della durata di tre ore ciascuna e si svolgerà il 13 e 20 maggio 2010 dalle 20,30 alle 23,00.

Al corso sono stati riconosciuti 5 crediti ECM.  
Sede: Sale Convegni Assiprofar - via dei Luceri 3/c – Roma.  
Massimo 40 partecipanti.

La quota di partecipazione di € 70,00 per i titolari e di € 40,00 per i collaboratori deve essere versata, solo dopo aver ricevuto fax di conferma di iscrizione, a favore di Assifar Servizi Srl tramite:

- bollettino postale sul conto corrente postale n. 95410452;
- bonifico bancario sul c/c n. 95410452 di Poste Italiane codice IBAN IT 59 N 07601 03200 000095410452.

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

**INVITIAMO I COLLEGHI TITOLARI A DIFFONDERE OPPORTUNAMENTE LA PRESENTE COMUNICAZIONE AI PROPRI COLLABORATORI.**

Cordiali saluti.

**IL SEGRETARIO**  
Andrea Cicconetti

**IL PRESIDENTE**  
Franco Caprino

All. Programma e Modulo di iscrizione

## **“Medicina integrata in dermatologia per farmacisti”**

Dr. Luciano D’Auria - Dr. Luigi Turinese

### **PROGRAMMA**

PRIMA LEZIONE : “Dermatologia oggi: lo stato dell’arte”  
Concetto di medicina integrata in dermatologia

Presentazione di casi clinici riguardanti problematiche dermatologiche e possibili risoluzioni legate all’impiego di prodotti naturali

Confronto dibattito su esperienze dei partecipanti

SECONDA LEZIONE: Applicazioni in patologie dermatologiche di interesse e di possibile competenza dei farmacisti: fotosensibilizzazione ed eritema solare, herpes simplex, infezioni da HPV, epizoonosi, afosi del cavo orale, acne volgare, orticaria e dermatosi allergiche

Presentazione di casi clinici riguardanti problematiche dermatologiche e possibili risoluzioni legate all’impiego di prodotti naturali

Confronto dibattito su esperienze dei partecipanti

Mod B 4  
Rev. 2  
Del 13.11.2008

SCHEDA DI ISCRIZIONE

## "Medicina integrata in dermatologia per farmacisti"

13 e 20 maggio 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:** titolari € 70,00 collaboratori € 40,00 (quote esenti IVA art. 10 DPR 633/72)

che sarà possibile versare all'Assifar Servizi srl

- tramite conto corrente postale n. **95410452** intestato all'Assifar Servizi Srl

- oppure tramite bonifico bancario sul c/c delle Poste Italiane codice IBAN **IT 59 N 07601 03200 000095410452**

### DATI PER LA FATTURAZIONE

SE DIVERSI DAI DATI DEL PARTECIPANTE

Ragione sociale .....

Indirizzo .....

CAP ..... Città .....

P. IVA ..... Cod.Fisc. farmacia ..... Cod. 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 .....

**ATTENZIONE controllare la fattura - se supera €77,47 occorre apporre una marca da bollo da € 1,81**

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

Firma del partecipante .....