SCUOLA ITALIANA DI FORMAZIONE E RICERCA IN MEDICINA DI FAMIGLIA

**SIFMed**
**Scuola Italiana di Formazione e Ricerca in Medicina di Famiglia**
Via Teodosio 33 – 20131 Milano
**Provider ECM Nazionale – Accreditamento n. 358**

***Con il contributo non condizionato di:***

sanofi

**SIFMed**
**Scuola Italiana di Formazione e Ricerca in Medicina di Famiglia**
Via Teodosio 33 – 20131 Milano

**www.sifmedico.it**
**scuola@sifmedico.it**

SCUOLA ITALIANA DI FORMAZIONE E RICERCA IN MEDICINA DI FAMIGLIA

**CORSO DI AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE**

# La vaccinazione antinfluenzale

**Cesano Maderno (MB), 17 ottobre 2024**

Crediti ECM assegnati 3 – Professione Medico Chirurgo
Piano formativo ECM anno 2024

**SIFMed**
**Scuola Italiana di Formazione e Ricerca**
**in Medicina di Famiglia**
*Milano – Via Teodosio 33*
**Provider ECM Nazionale – Accreditamento n. 358**

**Responsabile Scientifico:**
dott.ssa Paola Pedrini

**Alberto Fascì -** Medico Medicina generale, Cesano Maderno

**Silvia Angela Crippa** – Direttore Servizio Vaccinazioni e Sorveglianza Malattie Infettive ASST Brianza

*Il corso è a numero chiuso (40 partecipanti)*
*L'iscrizione è gratuita*

***Segreteria organizzativa:***
Scuola Italiana Formazione e Ricerca
in Medicina di Famiglia
Via Teodosio 33 – 20131 Milano
Tel: 022365431 – fax: 0226688203

**La vaccinazione antiinfluenzale**

**AS Hotel dei Giovi**
Via A. Manzoni 99/bis - Cesano Maderno

**17.10.2024**

**19.15 Registrazione partecipanti**

**19.45 Introduzione ed obiettivi formativi**
*Alberto Fascì*

**20.30 Vaccini antiinfluenzali, esistono differenze? Quali novità?**
*Silvia A. Crippa*

**21.15 Il Medico di medicina generale: aspetti pratici della gestione della vaccinazione antinfluenzale**
*Alberto Fascì*

**22.00 Discussione sugli argomenti trattati: i docenti rispondono a quesiti e approfondimenti richiesti dai partecipanti**

**22.45 Valutazione apprendimento**

Iscrizione al Corso di
aggiornamento professionale:

**La vaccinazione antiinfluenzale**

**AS Hotel dei Giovi**
Via A. Manzoni 99/bis - Cesano Maderno

**17.10.2024**

Nome_____

Cognome:_____

Indirizzo:_____
_____

CAP_____Città_____

Tel_____Cellulare_____

E-mail_____

Cod. Fiscale_____

Dichiaro di aver letto l'informativa "partecipanti corsi" disponibile sul sito www.sifmedico.it nella sezione "privacy" e
□ **esprimo** □ **non esprimo**
Il consenso al trattamento dei miei Dati per l'invio di materiale attinente i corsi
□ **esprimo** □ **non esprimo**
il consenso al trattamento dei miei Dati per iniziative finalizzate a verificare il mio grado di soddisfazione, compreso l'invio di questionari di gradimento

data _____ firma_____

Inviare il coupon a scuola@sifmedico.it o via Fax al numero 0226688203 oppure iscriversi sul sito www.sifmedico.it sezione "Formazione"