



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



SCUOLA ITALIANA DI FORMAZIONE E RICERCA IN MEDICINA DI FAMIGLIA

CORSO DI AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE

La vaccinazione antinfluenzale

Monza, 22 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**
Via Teodosio 33 – 20131 Milano

www.sifmedico.it
scuola@sifmedico.it

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

La vaccinazione antiinfluenzale

Helios Hotel
Viale Elvezia, 4 – Monza (MB)

Responsabile Scientifico:
dott.ssa Paola Pedrini

22.10.2024

Carlo Maria Teruzzi - Medico Medicina generale,
Monza

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

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

- 19.15 Registrazione partecipanti**
- 19.45 Introduzione ed obiettivi formativi**
Carlo M. Teruzzi
- 20.30 Vaccini antiinfluenzali, esistono differenze? Quali novità?**
Silvia A. Crippa
- 21.15 Il Medico di medicina generale: aspetti pratici della gestione della vaccinazione antiinfluenzale**
Carlo M. Teruzzi
- 22.00 Discussione sugli argomenti trattati: i docenti rispondono a quesiti e approfondimenti richiesti dai partecipanti**
- 22.45 Valutazione apprendimento**

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

Iscrizione al Corso di
aggiornamento professionale:

La vaccinazione antiinfluenzale

Helios Hotel
Viale Elvezia, 4 – Monza (MB)

22.10.2024

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"