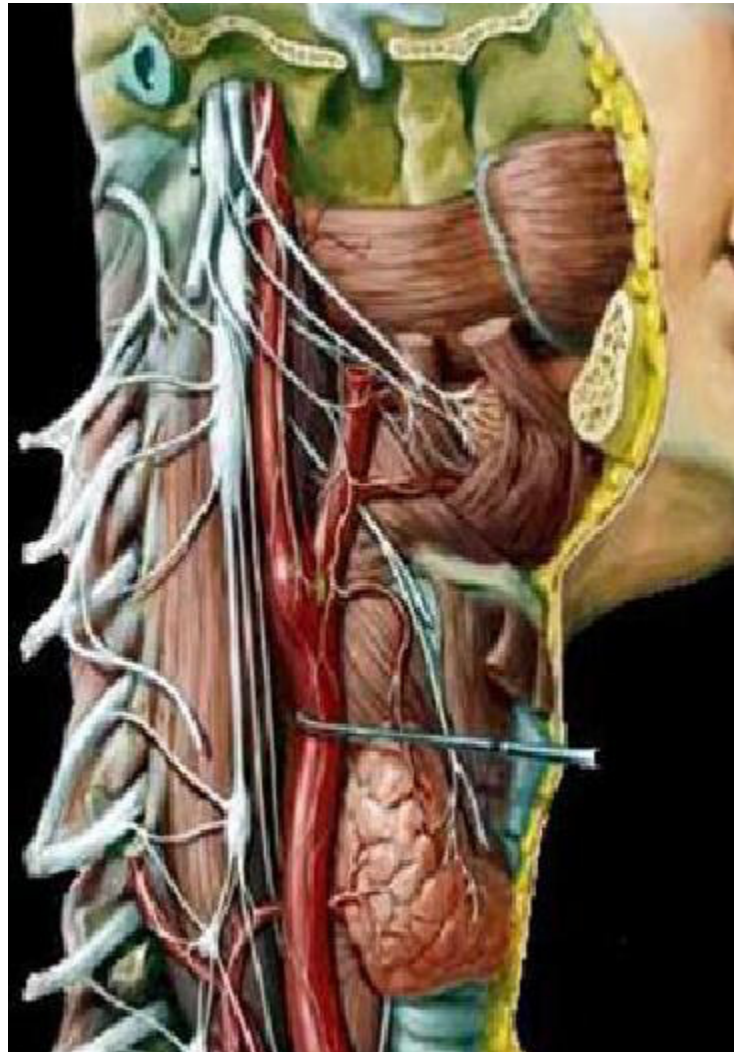




OSPEDALE UMBERTO I
ORDINE MAURIZIANO



ANATOMIA E TECNICA TC ED RM DEL DISTRETTO TESTA-COLLO E VIE DI DIFFUSIONE NEOPLASTICA

DIRETTORE DEL CORSO:
DOTT. STEFANO CIRILLO

TORINO, 17 OTTOBRE 2011

**ANATOMIA TC ED RM DEL DISTRETTO
TESTA-COLLO
E VIE DI DIFFUSIONE NEOPLASTICA**

OSPEDALE MAURIZIANO UMBERTO I
TORINO, 17 OTTOBRE 2011

8.30 Registrazione

9.00-9.45 Spazi anatomici del collo: *S.Cirillo*
sopra e sottoioideo:

- lettura
- discussione casi clinici

9.45-11.15 Seni paranasali e rinofaringe: *R.Maroldi*

- lettura
- discussione casi clinici
- referto strutturato

11.15-11.45 Pausa caffè

11.45-13.15 Orofaringe e cavo orale: *L.Preda*

- lettura
- discussione casi clinici
- referto strutturato

13.15-14.30 Pranzo

14.30-16.00 Laringe e ipofaringe: *S.Cirillo*

- lettura
- discussione casi clinici
- referto strutturato

16.00-16.15 Pausa caffè

16.15-17.45 Ghiandole salivari: *M.Petracchini*

- lettura
- discussione casi clinici
- referto strutturato

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:

FARA CONGRESSI Srl

VIA SANTA GIULIA 80

10124 TORINO

Tel.: +39 011 8171006

Fax: +39 011 882093

P. I.V.A. e Cod. fiscale 12139590157

www.faracongressi.it

e-mail: info@faracongressi.it

INFORMAZIONI

Partecipanti: 25

Il corso è destinato a medici radiologi, otorinolaringoiatri e radioterapisti

COSTO:

150 euro + iva 21% comprensivo di coffee break, lunch, materiale didattico e attestato di partecipazione
(iscrizione gratuita per gli specializzandi)

Le richieste di iscrizione dovranno essere inviate alla Segreteria Organizzativa utilizzando il modulo di iscrizione allegato

Educazione Continua in Medicina (ECM):

Sono stati richiesti al Ministero della Salute i crediti formativi per il corso

ANATOMIA TC ED RM DEL DISTRETTO
TESTA-COLLO
E VIE DI DIFFUSIONE NEOPLASTICA

Torino,
17 ottobre 2011

Indirizzo privato:

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

Codice fiscale.....

Nato a..... Prov.(.....) il.....

Indirizzo.....

CAP..... Città..... Prov.....

Tel..... Fax.....

Cell..... E-mail.....

Professione..... Disciplina.....

Specializzando SI NO

Indirizzo professionale:

Azienda.....

Indirizzo.....

CAP..... Città..... Prov.....

Tel..... Fax.....

Part. IVA..... Cod. Fisc.

Richiedo l'iscrizione al corso con la seguente modalità:

Medico Radiologo, Otorinolaringoiatra o Radioterapista (costo: 150 euro + iva 21%)

Specializzando (iscrizione gratuita)

Si autorizza il trattamento dei dati ai sensi del Decreto Lgs. 186/03

Data.....

Firma.....