

Evento Monosponsor

Corso ECM Nr. 256807 accreditato da Alfa FCM Provider ECM nr. 3282

al quale sono stati concessi Nr. 4 crediti ECM

per: Medico Chirurgo (con tutte le specializzazioni riconosciute dal Ministero della Salute), e Ostetrica/o

*Obiettivo formativo: Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (EBM-EBN-EBP)*

## **IL MICROBIOTA: DRIVER DELLA COMUNICAZIONE MATERNO-FETALE**

*Relatore: Ettore Palma*

**Sabato 6 Aprile 2019 dalle 08.30 alle 13.30**

**Starhotels Business Palace – Via Privata Pietro Gaggia, 3 - Milano**

*(Stazione metropolitana: linea GIALLA, fermata Porto di Mare*

*Stazione ferroviaria: Milano Rogoredo)*

### **PROGRAMMA DELLA GIORNATA**

08:30 – 09:00	Registrazione dei partecipanti
09:00 – 11:00	Il cammino di Patobiosi nella donna
11:00 – 11:15	<i>Pausa caffè</i>
11:15 – 12:15	Gravidanza, Vita intrauterina e Microbiota
12:15 – 13:15	Integrazione Probiotica
13:15 – 13:30	Test di apprendimento ECM e chiusura del corso

Numero massimo di partecipanti 100, all'evento Nr. 256807 sono stati concessi Nr. 4 crediti ECM

Per maggiori informazioni: **Fabio Romeo, Francesco Schepisi 02-47767248**

oppure [direzioneformazione@yahoo.com](mailto:direzioneformazione@yahoo.com) o fax 031-6348585

Con il contributo non condizionante di



# FORM INVITO AD EVENTO CONGRESSUALE MONOSPONSOR IL MICROBIOTA: DRIVER DELLA COMUNICAZIONE MATERNO-FETALE

**Sabato 6 Aprile 2019 dalle 08.30 alle 13.30**

**Starhotels Business Palace – Via Privata Pietro Gaggia, 3 - Milano**

*(Stazione metropolitana: linea GIALLA, fermata Porto di Mare*

*Stazione ferroviaria: Milano Rogoredo)*

Da compilare in ogni sua parte in stampatello ed inviare:  
via mail [direzioneformazione@yahoo.com](mailto:direzioneformazione@yahoo.com) oppure via fax 031-6348585

**I campi contrassegnati con \* sono obbligatori**

Nome\* ..... Cognome\* .....

Indirizzo abitazione..... CAP .....

Città ..... Prov. ....

Indirizzo studio\* .....CAP\* .....

Città\* .....Prov. \* .....

Tel. .... Cell.\* .....

Fax ..... Codice Fiscale\* .....

E-mail\* .....

Luogo e data di nascita .....

Ente di appartenenza\* .....

Professione\* .....

Specializzazione\* .....

Iscrizione all'Ordine/Collegio/ASS.\* .....Num. ....

Intendo far richiesta dei crediti ECM in qualità di:

.....

Luogo ..... Data .....

Firma .....

In ottemperanza alla normativa europea sulla privacy (Regolamento generale sulla protezione dei dati 2016/679) il sottoscritto dichiara di autorizzare Bromatech (il Titolare) al trattamento dei dati personali

**IL CORSO E' GRATUITO MA L'ISCRIZIONE ED EVENTUALE DISDETTA E' OBBLIGATORIA  
ENTRO E NON OLTRE IL 3 APRILE 2019**

Tutte le iscrizioni successive alla data in oggetto non potranno essere prese in considerazione

Con il contributo non condizionante di

