

PERCORSO RISK E OPERATIONS MANAGER NELLE AZIENDE SANITARIE



- L'audit in sanità	<input type="checkbox"/> 2010	<input type="checkbox"/> 2011	<input type="checkbox"/> 2012	<input type="checkbox"/> 2013
- Gestione dei processi erogativi e logistica del paziente in ospedale	<input type="checkbox"/> 2010	<input type="checkbox"/> 2011	<input type="checkbox"/> 2012	<input type="checkbox"/> 2013
- Il medico che governa l'organizzazione	<input type="checkbox"/> 2010	<input type="checkbox"/> 2011	<input type="checkbox"/> 2012	<input type="checkbox"/> 2013
- La gestione del rischio nelle aziende sanitarie	<input type="checkbox"/> 2010	<input type="checkbox"/> 2011	<input type="checkbox"/> 2012	<input type="checkbox"/> 2013
- Logistica in sanità	<input type="checkbox"/> 2010	<input type="checkbox"/> 2011	<input type="checkbox"/> 2012	<input type="checkbox"/> 2013
- Misurare per migliorare qualità e sicurezza dell'ospedale	<input type="checkbox"/> 2010	<input type="checkbox"/> 2011	<input type="checkbox"/> 2012	<input type="checkbox"/> 2013

Il sottoscrittore acquista in trentasei mesi almeno quattro programmi di formazione rientranti nel percorso formativo. I trentasei mesi di durata del percorso nei quali il sottoscrittore ha diritto a frequentare i programmi di formazione verranno calcolati a partire dalla data di inizio del primo programma a cui il partecipante si iscrive. È necessario indicare le edizioni dei programmi che si intendono frequentare barrando le caselle sopra riportate.

DATI DEL PARTECIPANTE

Cognome _____

Nome _____

Data e luogo di nascita (Città-Stato) **(obbligatorio)** _____

Nazionalità _____ Titolo di studio _____

E-mail _____

Codice Fiscale **(obbligatorio solo per i residenti in Italia)** _____

Posizione ricoperta _____

Qualifica contrattuale

- Impiegato
- Quadro intermedio
- Dirigente servizio infermieristico
- Dirigente medico 1° livello
- Dirigente medico 2° livello

Area di appartenenza

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Direzione generale | <input type="checkbox"/> Igiene pubblica/Medicina del lavoro |
| <input type="checkbox"/> Affari generali | <input type="checkbox"/> Personale e organizzazione |
| <input type="checkbox"/> Personale/formazione | <input type="checkbox"/> Attività ospedaliera |
| <input type="checkbox"/> Economico/finanziario | <input type="checkbox"/> Servizi sociali |
| <input type="checkbox"/> Provveditorato/economao | <input type="checkbox"/> Servizio veterinario |
| <input type="checkbox"/> Servizi tecnico-logistici | <input type="checkbox"/> Servizio farmaceutico |
| <input type="checkbox"/> Centro elaborazione dati | <input type="checkbox"/> Medicina di base |
| <input type="checkbox"/> Altro _____ | |

DATI SEDE LEGALE (intestazione fattura)

Ragione Sociale _____

Via _____ n. _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Telefono _____ Fax _____

Partita IVA _____

Codice Fiscale (indicare anche se uguale a Partita IVA) _____

La fattura dovrà essere inviata a:

Sede legale _____
Ufficio/servizio _____

Altro indirizzo _____

SEDE OPERATIVA DEL PARTECIPANTE (compilare solo se diversa dalla sede legale)

Ragione sociale _____

Via _____ n. _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Persona da contattare per conferma iscrizione/comunicazioni varie

Cognome e Nome _____

Telefono _____ Fax _____

E-mail _____

SDA Bocconi School of Management

Via Bocconi, 8 | 20136 Milano | Tel. 02 5836.6866 | Fax 02 5836.6833-6892 | E-mail: corso.tonelli@sdabocconi.it | www.sdabocconi.it
Partita IVA 03628350153 | Codice Fiscale 80024610158

