



MODALITÀ D'ISCRIZIONE

SI PREGA DI COMPILARE IN OGNI SUA PARTE
IL PRESENTE MODULO ED INVIARLO
ENTRO IL 6 GIUGNO 2006
ALLA SEGRETERIA ORGANIZZATIVA ANCHE
VIA FAX O PER POSTA ELETTRONICA
(E-Mail: info@gamaonline.it - Fax: 0373 280291)



Informazioni generali

CORSO GRATUITO

Segreteria Scientifica:
Dr. Gian Pietro Fadda
Dr. Giulio Leopardi

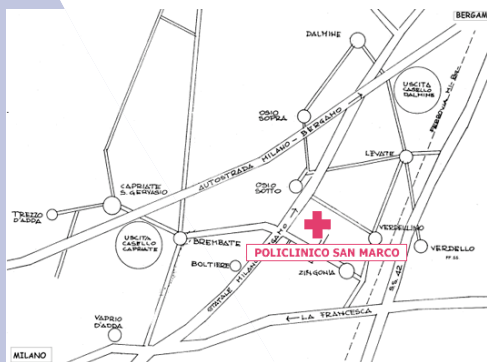
Segreteria Organizzativa:



GAMA CONSULTING HRM srl
Servizi, Formazione Manageriale
Life e Business Coaching
www.gamaonline.it

Via Ponte Furio, 32 - 26013 Crema (CR)
Cell. 349 2943055
Tel. 0373 280439

mappa della sede congressuale:



Policlinico S. Marco
Viale Europa, 7
Zingonia - fraz. di Osio Sotto Bg



5 ECM riconosciuti ai primi 50 iscritti



POLICLINICO SAN PIETRO



POLICLINICO SAN MARCO

La Visione nell'età Pediatrica

16 Giugno 2006
Policlinico S. Marco
Zingonia - BG



Presidente del corso:
Dr. Gian Pietro Fadda

Direttore del corso:
Dr. Giulio Leopardi



FRASTEMA
OPHTHALMICS



Programma

13.00 *Registrazione dei partecipanti*

13.15 *Presentazione del meeting*
Dr. Gian Pietro Fadda
Dr. Filippo Porcelli

13.30 *Sviluppo fisiologico della visione nel bambino e la visione nel bambino prematuro*
Dr. Antonio Perez

14.30 *L'Ambliopia, prevenzione e terapia riabilitativa: gli strumenti di riabilitazione*
Dr. Marco Cesarini

15.30 *Lo Strabismo nell'eta' pediatrica e l'incidenza della diplopia post intervento chirurgico*
Dr. Chiara Bertone

16.30 *Coffee break*

16.45 *La Cataratta Congenita e i Glaucomi Congeniti*
Dr Maurizio Iori

17.45 *Le Congiuntiviti in eta' pediatrica: allergica, batterica e virale*
Dr. Caterina Pisano



Programma

18,45 *Mezzi di osservazione del fondo oculare nei bambini (test di screening)*
Dr. Giulio Leopardi

19.45 *Compilazione questionari di valutazione Chiusura dei lavori*

Presidente del corso:
Dr. Gian Pietro Fadda

Direttore del corso:
Dr. Giulio Leopardi

Relatori

- Dr. Chiara Bertone**
- Dr. Marco Cesarini**
- Dr. Gian Pietro Fadda**
- Dr. Maurizio Iori**
- Dr. Giulio Leopardi**
- Dr. Antonio Perez**
- Dr. Caterina Pisano**



SCHEDA D'ISCRIZIONE

(da compilare in stampatello leggibile)

Cognome _____

Nome _____

Via _____ n. _____

CAP _____ Città _____ Pr _____

Tel. _____ Fax _____

Cod. Fisc. _____

Data di nascita _____ Luogo _____

Specializzazione _____

Qualifica _____

Az. Ospedaliera/ Ente _____

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto autorizza al trattamento dei propri dati personali ai sensi della Legge 196/03 sulla privacy e successive modifiche.

Data _____ Firma _____