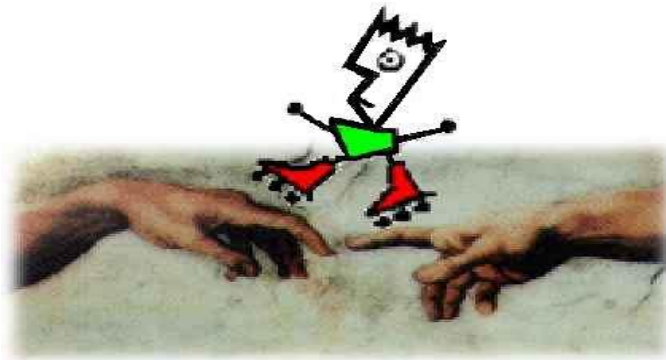


**ADOLESCENTOLOGIA CLINICA**  
**E**  
**MEDICINA CENTRATA SULLA PERSONA**

25-26 Novembre 2011

Milano



**PROGRAMMA**

Sedi

Person Centered Medicine and Psychoneuroimmunology Research Center (25 Novembre)  
Ospedale San Giuseppe (26 Novembre)

Modulo d'iscrizione in allegato

**PROGRAMMA : Venerdì 25 Novembre 2011 \***

<u>ORA</u>	<u>TEMA della LEZIONE</u>	<u>DOCENTE</u>
15,30 – 16,15	<b>Metodo Clinico Centrato sulla Persona (MCCP)</b>	Giuseppe R. Brera*
16,15 – 17,00	<b>Metodo Clinico Centrato sulla Persona (MCCP)</b>	Giuseppe R. Brera
17,00 – 17,15	<b><u>PAUSA CAFFE'</u></b>	
17,15 – 18,15	<b>Presentazione e discussione casi clinici in MCCP</b>	Giuseppe R. Brera
18,15 – 19,15	<b>Presentazione e discussione casi clinici in MCCP</b>	Giuseppe R. Brera

\*Ma. LD in Medicina Centrata sulla Persona

**Sede: Person Centered Medicine and Psychoneuroimmunology Research Center  
Vle Romagna 51 –Milano**

**Sono ammessi solo gli allievi ed ex allievi\* della Scuola Medica di Milano**

**\*Crediti universitari per l'accreditamento del diploma di Adolesscentologia e di Counselling Medico dell'adolescente**

**PROGRAMMA : Sabato 26 Novembre 2011**

<u>ORA</u>	<u>TEMA della LEZIONE</u>	<u>DOCENTE</u>
9,00 – 10,00	<b>Disturbi del comportamenti alimentare</b>	Luciano Berti*
10,00 – 11,00	<b>Obesità nell'adolescenza</b>	Luciano Berti*
11,00 – 11,15	<b><u>PAUSA CAFFE'</u></b>	
11,15 – 12,15	<b>Problemi ematologici e del sistema linfatico</b>	Marco Pandolfi**
12,15 – 14,00	<b><u>PAUSA PRANZO</u></b>	
14,15 – 15,00	<b>Diabete nell'adolescenza</b>	Roberto Vanini**
15,00 – 16,00	<b>Malattie Infettive</b>	Rosario Startari**
16,15	<b>Riunione Docenti Scuola Medica di Milano e ricercatori Person Centered Medicine Research Center</b>	

\*MA in Counselling Medico

Associato in Adolesscentologia Clinica

**Sede Ospedale San Giuseppe-Milano**

**Il programma è realizzato in Workshop , con la partecipazione attiva degli iscritti. I casi clinici sono trattati secondo il Metodo clinico centrato sulla persona, con la supervisione del docente di teoria clinica**

**©Copyright Università Ambrosiana- Ogni riproduzione anche parziale senza autorizzazione è vietata**

AA 2010-2011  
ISCRIZIONI/REGISTRATION

**Workshop**

☎ Telefonicamente/ By Phone

Coordinamento Didattico Generale/  
Educational Department

**Università Ambrosiana**

02 26.66.880

con successivo invio della scheda di iscrizione  
entro tre giorni con ricevuta di pagamento via fax

Please send the payment receipt via fax within 3 days of registration form sent

✉ E-mail

[coorddidattica@unambro.it](mailto:coorddidattica@unambro.it)

con successivo invio della scheda di iscrizione  
entro tre giorni con ricevuta di pagamento via fax

Please send the payment receipt via fax within 3 days of registration form sent

☎ A mezzo fax/ Via Fax

Inviando la scheda di iscrizione e la ricevuta di pagamento al numero: 02 23.61.226

Please send the registration form and payment receipt via fax at : 02 23 61 226

Quota di iscrizione/ Registration Fee

- |                          |                         |
|--------------------------|-------------------------|
| 1) 25 NOVEMBRE 2011 :    | € 200                   |
| 2) 26 NOVEMBRE 2011 :    | € 300                   |
| 3) 25+26 NOVEMBRE 2011 : | € 300 (solo ex allievi) |

**Modalità di pagamento/Payment**

● Versamento su c.c.p c/c n. **24601205** o bonifico / bank transfer

IBAN: **IT 98 M 07601 01600 000024601205**

BIC/SWIFT: **BPPIITRRXXX**

intestato a/ to: Università Ambrosiana,

viale Romagna 51

20133 Milano

## SCHEDA DI ISCRIZIONE/ REGISTRATION FORM

*L'iscrizione si intende perfezionata al momento del ricevimento, da parte della Segreteria, della presente scheda – da inviarsi via fax 02/2361226 con la ricevuta di pagamento - debitamente compilata in tutte le sue parti e sottoscritta per accettazione.*

### Nome/Name

Cognome/Surname \_\_\_\_\_

Professione/Profession \_\_\_\_\_

C.F.(only italians) \_\_\_\_\_

Indirizzo/Address \_\_\_\_\_

Città/City \_\_\_\_\_

Cap./Postal code \_\_\_\_\_ Prov./Country \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Firma/Signature \_\_\_\_\_

### Modalità di pagamento:

Bonifico bancario/bank transfer     Versamento su c.c.p./Postal account

### Modalità di disdetta/ Cancellation

E' attribuito a ciascun partecipante il diritto di recedere ai sensi dell'art. 1373 Cod. Civ. che dovrà essere comunicato con disdetta da inviare via fax al numero 02 23.61.226 e potrà essere esercitato con le seguenti modalità:

→ fino a 10 giorni lavorativi (compreso il sabato) prima dell'inizio del corso, il partecipante potrà recedere senza dovere alcun corrispettivo alla nostra società, che pertanto provvederà al rimborso dell'intera quota di iscrizione, se già versata;

→ oltre il termine di cui sopra e fino al giorno di inizio del corso, il partecipante potrà recedere pagando un corrispettivo pari alla percentuale del 80 % della quota di iscrizione, che potrà essere trattenuta direttamente dalla organizzazione, se la quota è già stata versata.

Ai sensi dell'Art. 1341 C.C. approvo espressamente la clausola relativa alla disdetta

Firma/ Signature \_\_\_\_\_