

# Domanda di iscrizione

Le iscrizioni sono a **numero chiuso**; criterio discriminante per l'ammissione sarà l'ordine di arrivo delle richieste. Prima di inviare la scheda di iscrizione ed effettuare il versamento della relativa quota, quindi, Vi chiediamo cortesemente di accertarVi che il numero massimo di partecipanti non sia già stato raggiunto telefonando al numero **0577 921941 (CTG)**.

La domanda di iscrizione dovrà pervenire **almeno 15 giorni prima** dell'inizio dell'evento e verrà accettata solo se accompagnata dall'attestazione di avvenuto pagamento della quota di partecipazione, a fronte del quale, a corso avvenuto, verrà rilasciata regolare ricevuta. Per i riferimenti di c/c sul quale effettuare il bonifico, rimandiamo a quanto riportato nella scheda di iscrizione.

Il corso verrà effettuato se si raggiungerà il **n. minimo di 30 partecipanti**; qualora non si raggiungesse tale numero di iscritti, l'incontro verrà rinviato oppure annullato. In caso di **annullamento**, è prevista la restituzione della somma versata. In caso di **rinvio**, invece, la restituzione sarà subordinata al ricevimento di Vostra comunicazione scritta, a mezzo fax, che attesti l'impossibilità di prendere parte all'evento nella data stabilita. Infine, la somma versata NON verrà restituita in caso di **mancata frequenza**, bensì trattenuta a titolo di risarcimento per il disagio apportato all'attività didattica.

## **L'iscrizione all'incontro comprende:**

frequenza alle lezioni prescelte presso la sede didattica; esercitazioni pratiche in locali idonei; cartella contenente materiale didattico ed informativo e blocco per appunti; attestato di partecipazione.

IL C.T.G. SI RISERVA LA FACOLTA' DI APPORTARE MODIFICHE ai programmi anche in termini di date e docenti, fino all'annullamento degli stessi corsi in caso del mancato raggiungimento del numero minimo di iscrizioni entro i termini previsti (15 giorni prima dell'inizio delle lezioni), per ragioni di forza maggiore ed al fine di renderli sempre più aderenti alle esigenze dell'aggiornamento didattico, nell'interesse degli allievi e dei docenti.

E' vietato effettuare fotografie e filmati delle lezioni.



## **LA FLEBOLINFOLOGIA**

### **Focus sulla diagnosi e la terapia dell'insufficienza venosa cronica (IVC)**



Siena, 4 dicembre 2005

Sede del corso

**Hotel "Il Piccolo Castello"**

**Via Colligiana 8-Monteriggioni (Siena)**

Tel. 0577/307300 - Fax 0577/306126

**Richiesto Accreditemento E.C.M.**

# Presentazione

L'incontro è organizzato a cura del

**CTG - The Compression Therapy study Group**

Associazione Scientifica che ha per oggetto:

- Studiare la terapia compressiva in flebolinfologia nei suoi più vari aspetti teorici e pratici attraverso studi e programmi di ricerca scientifica
- Promuovere l'informazione sull'uso corretto della terapia compressiva - in particolare tutori elastici e bende - alla classe medica, paramedica e alla popolazione generale.

## PROGRAMMA

Ore 10.00 Registrazione dei Partecipanti. Distribuzione dei questionari ECM.

10.30-11.15 Anatomia e fisiopatologia del sistema venoso Dott. G.Mosti

11.15-12.00 Patologie flebolinfatiche e appoggio plantare Prof. P.A.Bacci

12.00-12.45 Iter diagnostico terapeutico nell'IVC Dott. G.Mosti

Ore 13.00 Colazione di lavoro

14.00-14.30 Terapia chirurgica e scleroterapia Prof. F.Mariani

14.30-15.30 Le gambe gonfie: clinica e terapia farmacologica  
Prof. P.A.Bacci

15.30-16.30 Terapia compressiva Dott. V.Mattaliano

16.30-17.00 Le calze elastiche Prof. F.Mariani

17.00-18.00 Prove pratiche:

- Tecniche di bendaggio
- Prescrizione e applicazione della calza elastica
- Misurazione in vivo delle pressioni esercitate

Ore 18.00 Discussione finale. Test ECM.  
Consegna degli Attestati e chiusura lavori.

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

**FLEBOLOGIA: CORSO PER FARMACISTI e TECNICI ORTOPEDICI**

**4 DICEMBRE 2005 - Sede: SIENA**

COGNOME e NOME \_\_\_\_\_

RAGIONE SOCIALE (se persona giuridica)

INDIRIZZO (SEDE LEGALE)

CITTA' \_\_\_\_\_ C.AP. \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

P. IVA \_\_\_\_\_ C.F. (obbligatorio) \_\_\_\_\_

Allego copia di bonifico bancario effettuato sul  
**c/c n. 12 44 12. 59 - cod. CIN "J" MONTE DEI PASCHI DI SIENA**  
**Filiale di Siena (ABI 01030 - CAB 14200)**

Intestato a *The Compression Therapy Study Group CTG*

### QUOTA DI PARTECIPAZIONE:

**Euro 150 con E.C.M.—Euro 60 senza E.C.M. (solo ascoltatori)**

**N.B.: le iscrizioni saranno accettate fino al raggiungimento di 15 posti per Farmacisti e 35 per Tecnici Ortopedici; saranno ammessi 10 ascoltatori**

**N.B.: In caso di mancata partecipazione non sarà restituita la quota versata, verrà comunque rilasciata regolare ricevuta.**

Ai sensi dell'art.130, comma 4 del Codice della Privacy D.lgs.n.196/2003, i dati da Voi forniti saranno utilizzati ai soli fini informativi e statistici. I dati suddetti potranno essere oggetto di trattamento per le finalità sopra indicate da parte del CTG. Nel caso in cui acconsentiate a tale utilizzo dei Vostri dati, Vi ricordiamo che potrete opporVi in qualsiasi momento al trattamento in oggetto, nonché esercitare tutti i diritti di cui all'art.7 del D.lgs. n. 196/03 (tra cui i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e cancellazione), a mezzo fax al n. 0577 921941.

Data

Firma

**Da inviare via Fax a: THE COMPRESSION THERAPY STUDY GROUP - CTG**  
**c/o CENTRO MEDICO "ANGIOMEDICA" - VIA XXV APRILE, 152**  
**COLLE VAL D'ELSA (SI)**  
**Fax: 0577 921941**