

# WORKSHOP

## Problematiche genito-pelviche nelle fasi di vita della donna

Direttore del Workshop:  
*F. Murina*

### MILANO

16/17 Novembre 2018



1° annuncio

Richiedi i crediti ECM

## **Elenco Relatori e Moderatori**

**R. Bernorio** (*Milano*)

**M. Candiani** (*Milano*)

**Ceccaroni**

**V. De Leo** (*Siena*)

**F. Fruzzetti** (*Pisa*)

**M. Gambacciani** (*Pisa*)

**A. Graziottin** (*Milano*)

**S. Lello** (*Roma*)

**Mangiagalli**

**F. Murina** (*Milano*)

**R. Nappi** (*Pavia*)

**A.M. Paoletti** (*Cagliari*)

**F. Vicariotto** (*Milano*)

## **16 Novembre 2018**

13.30 **Registrazione partecipanti**

13.45 **Presentazione del Workshop**

### **1° SESSIONE**

**Dolore, ormoni e sessualità**

**Moderatori:**

14.00 *A. Graziottin (?)*

14.20 *M. Candiani/Mangiagalli/Ceccaroni (?)*

14.40 *F. Murina*

15.00 *V. De Leo*

15.20 **Discussione**

### **2° SESSIONE**

**Infezioni vulvo-vaginali: criticità e novità**

**Moderatori:**

15.40 *F. Vicariotto*

16.00

16.20

16.40

17.00 **Discussione**



## 17 Novembre 2018

### 3° SESSIONE

#### La contraccezione a profilo di donna

##### Moderatori:

09.00

09.20 *A.M. Paoletti*

09.40 *S. Lello*

10.00 *F. Fruzzetti*

10.20 **Discussione**

10.40 **Coffee Break**

### 4° SESSIONE

#### La qualità di vita in Menopausa ed oncologia

##### Moderatori:

11.00 *M. Gambacciani*

11.20 *Bernorio*

11.40 *Nappi(?)*

12.00

12.20 **Discussione**

12.40 **Chiusura del Workshop e consegna questionari ECM**

# WORKSHOP • Problematiche genito-pelviche nelle fasi di vita della donna MILANO • 16/17 Novembre 2018

## SCHEDA D'ISCRIZIONE

Da inviare entro il 2 Novembre 2018 per fax, e-mail a: ♦ **CG MKT** - Via Cassia, 1110 - 00189 Roma  
Tel. 06 30090020 - Fax 06 30360133 - congressi@cgmkt.it

### Iscrizione (quote Iva inclusa)

Medici € 244,00

Il corso è a numero chiuso e prevede una partecipazione massima di 50 iscritti

Indicare:

Nome ..... Cognome .....

Luogo di nascita .....

Data di nascita ..... C.F. ....

Indirizzo privato .....

Cap. .... Città .....

Tel. .... E-mail .....

Istituto ..... Indirizzo Istituto .....

Cap. .... Città .....

Tel. .... Fax .....

Per il rilascio della fattura indicare (campo obbligatorio):

N° di P. IVA ..... N° di Cod. Fiscale .....

Domicilio Fiscale .....

Modalità di Pagamento:

Assegno ..... € .....

Intestato a: CG MKT S.r.l. - Inviare per posta a: CG MKT S.r.l, Via Cassia, 1110 - 00189 Roma.

La segreteria Organizzativa non si terrà responsabile delle eventuali mancate consegne postali.

Bonifico Bancario € .....

Intestato a:

Intesa Sanpaolo S.p.A. - Filiale 06775 IBAN: IT33N0306905141100000007817 BIC: BCITITMM

Allegare copia bonifico bancario

Ai sensi del d. lgs. 196/03 sulla tutela dei dati personali si autorizza espressamente la CG MKT a trattare le informazioni raccolte e inserite nella sua banca dati, nonché l'utilizzo delle stesse per finalità legate all'attività esercitata. Per ottenere la cancellazione o l'aggiornamento dei propri dati si scriva a:

♦ CG MKT - Via Cassia, 1110 - 00189 Roma - Tel. 06 30090020 - Fax 06 30360133

Firma .....

### Segreteria organizzativa:

♦ **CG MKT** • Via Cassia, 1110 • 00189 Roma  
Tel. 0630090020 • Fax 0630360133  
E-mail: congressi@cgmkt.it • www.cgmkt.it



### Provider:

**FOR.MED. S.r.l.**  
I.D. n° 4695  
dell'Albo Nazionale Provider

**Obiettivi dell'evento:** LINEE GUIDA - PROTOCOLLI - PROCEDURE.