



SESSIONE D'ESAME



FSA Fondazione Salute Animale



Studio delle malattie oculari genetiche

VALUTAZIONE DELLA COMPETENZA TEORICA SULLE KP-HED
PER L'ACCESSO AL PANEL ITALIANO FSA - HED

29 FEBBRAIO 2020

Milano, Viale Corsica, 20 (C/O Sede ENCI)

REQUISITI DEI CANDIDATI:

- Obbligo di possesso di tutti gli strumenti necessari e abilità nel loro uso (lampada a fessura, Oftalmoscopio diretto ed indiretto, tonometro, lente da gonioscopia);
- Aver partecipato ad un corso di base di oftalmologia, quale itinerario didattico SCIVAC o ESAVS o CES o EPU o Basic Science Course ACVO o GP Cert Ophth., titoli questi che non consentono comunque in nessun modo di acquisire l'abilitazione alla certificazione FSA senza aver superato l'esame previsto.

COMMISSIONE ESAMINATRICE

Dr. Laura Barachetti, DVM, PhD, DECVO

Dr. Gilles Chadieu, DVM, DECVO

Dr. Adolfo Guandalini, DVM, PhD, DECVO

Dr. Domenico Multari, DVM, PhD

PROVE D'ESAME: "slides session" (50) e "multiple choice questions" (50).

Esclusivamente coloro che supereranno le due prove teoriche, nei mesi successivi potranno affrontare la prova pratica.

- Il costo d'iscrizione all'esame è di 244€ per chi deve sostenere 2 prove, IVA INCLUSA (**Entro il 20 Gennaio**)
- Il costo d'iscrizione all'esame è di 122€ per chi deve sostenere una prova (per coloro che hanno superato una delle due prove teoriche nella precedente sessione di esame), IVA INCLUSA (**Entro il 20 Gennaio**)

PER INFORMAZIONI CONTATTARE

Segreteria FSA - Sofia Bassanini - Tel. 0372-403511 - e-mail: info@fondazionealuteanimale.it

PROGRAMMA

09:00 - 11:00 Multiple Choice Questions

11:00 - 11:30 Coffee break

11:30 - 13:00 Slides session

13:00 - 14:00 Lunch

14:00 - 14:50 La certificazione nei gatti di razza e la situazione delle oculopatie in alcune razze canine in Italia –
Dott. Guandalini

15:00 - 15:15 Coffee Break

15:15 - 16:00 Discussione e domande per eventuali casi dubbi presentati dai certificatori

16:00-16:30 Chiusura dei lavori

SCHEDA DI ISCRIZIONE

SESSIONE D'ESAME FSA Studio delle malattie oculari genetiche

VALUTAZIONE DELLA COMPETENZA TEORICA SULLE KP-HED
PER L'ACCESSO AL PANEL ITALIANO FSA - HED

29 FEBBRAIO 2020

Milano, Viale Corsica, 20 (C/O Sede ENCI)

COGNOME

NOME

VIA N.

CITTÀ PROV. CAP.

TEL. FAX

E-MAIL C. FISCALE

QUOTA D'ISCRIZIONE ALL'ESAME 2 PROVE € 244,00 IVA inclusa

QUOTA D'ISCRIZIONE ALL'ESAME 1 PROVA € 122,00 IVA inclusa

L'IVA inclusa nella quota di iscrizione ad un evento (corso, congresso, etc.) di aggiornamento professionale e interamente recuperabile. (DPR 917/86 - Testo Unico Imposte sui Redditi-TUIR). Sono inoltre integralmente deducibili, entro il limite annuo di 10.000 €, le spese per l'iscrizione a corsi (convegni, congressi, etc) di formazione o di aggiornamento professionale, comprese quelle di viaggio e soggiorno. (Legge 22 maggio 2017, n. 81)

RINUNCIE: Le richieste di rinuncia verranno totalmente rimborsate solo se pervenute entro 10 giorni dalla data d'esame. In caso contrario non sarà più possibile effettuare alcun rimborso.

ATTENZIONE: La commissione declina ogni possibilità di contestazione o di revisione degli esami in caso di esito negativo degli stessi.

Firma del partecipante

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Il pagamento deve essere effettuato tramite (non saranno accettate domande di iscrizione accompagnate da forme di pagamento diverse dalle seguenti):

Assegno bancario non trasferibile o assegno circolare intestato a E.V. Soc. Cons. a r.l. - Cremona
(da allegare alla presente domanda)

Assegno n. della Banca emesso il

Vaglia postale intestato a E.V. Soc. Cons. a r.l., Palazzo Trecchi, Cremona
(si prega di indicare la causale del versamento da allegare alla presente domanda)

Carte di Credito Cartasì Mastercard Visa (Non si accettano carte di credito elettroniche)

Carta n. [][][][][] [][][][][] [][][][][] [][][][][]

7 numeri sul retro (obbligatorio) [][][][][] [][][][][]

Scadenza (mese/anno) [][] [][]

Iscrizione online - Sito SCIVAC

FATTURAZIONE

Da intestare a

Denominazione sociale

Domicilio Fiscale

Partita IVA Cod. Fisc.

Appoggio bancario per eventuale restituzione dell'importo versato

Banca Filiale Agenzia

Codice IBAN:

Intestato a

Per accettazione di quanto riportato

Data Firma

Ai sensi del Decreto Legislativo 30 Giugno 2003, n. 196 (G.U. 29 Luglio 2003, Serie generale n. 174, Supplemento ordinario n. 123/L), il sottoscritto acconsente al trattamento dei dati sopra indicati, consapevole che l'esecuzione dei servizi richiesti non può avere luogo senza la comunicazione dei dati personali alla Società organizzatrice dell'evento e/o ai soggetti a cui la stessa deve rivolgersi.

Firma