

Sede Legale: Via Ariosto, 3 00185 Roma P.I. 04735671002

Unità Operativa Complessa

Comunicazione e Rapporti con i Cittadini

Resp. Dott. Vincenzo Riccio

Sede: Via Sabrata, 12 00199 Roma

Tel. 06 77302426 /2439 Fax 06 77

E-mail: comunicazione.aziendale@aslromaa.it

Roma 24 settembre 2009

All'attenzione dei Direttori di Distretto
Dott. Dell'Umo, Dott. De Angelis, Dott. Casali, Dott. Cristofanelli
Al Direttore DSM Dott. Luoni,
Direttori U.O.C. Dott.ssa Fanfoni.

Oggetto: corsi di formazioni per la " RIABILITAZIONE E POTENZIAMENTO DELLE COMPETENZE COGNITIVI NELLE PERSONE DIVERSAMENTE ABILI ATTRAVERSO L'USO DEL COMPUTER E DELLA MULTIMEDIALITA'".

A partire dal mese di ottobre 2009 sarà attivato un corso di formazione diretto a tutti gli operatori, dirigenti e del comparto, che svolgono attività di riabilitazione cognitiva con pazienti diversamente abili in età evolutiva e adulta, con anziani con decadimento cognitivo.

Il corso ha un carattere pratico ed operativo. Richiede una conoscenza di base dell'uso del computer.

Obiettivi del corso.

- utilizzazione del computer nell'ambito dei percorsi di riabilitazione;
- multimedialità e percorsi di riabilitazione applicati alle persone diversamente abili;
- utilizzo di software differenziato per la riabilitazione cognitiva e visuo-motoria;
- utilizzo di internet e dei servizi on line come servizio alle persone diversamente abili e ai loro familiari;
- le nuove tecnologie e l'integrazione nei diversi ambienti di inserimento delle persone diversamente abili, dalla scuola, alle comunità, ai laboratori locali.

ARTICOLAZIONE DEI CORSO E NUMERO EDIZIONI PREVISTE.

Ogni edizione si articolerà in 14 lezioni di 3 ore ciascuna, con una frequenza di 2 volte la settimana, per un totale di 42 ore.

Le lezioni verranno tenute nel laboratorio informatico di Via Sabrata 12.

Corso di formazione schema del modulo identico per i 4 moduli:

Inizio 1° modulo mercoledì 7/10/2009 ORE 14-17

2° Modulo mercoledì 25/11/09 ORE 14-17,

3° Modulo 3/2/10 ORE 14-17.

4° Modulo 2/4/10 ORE 14-17

L'attività formativa si realizza all'interno di un laboratorio multimediale che vede attivamente coinvolti disabili adulti con ritardi cognitivi. Il corso prevede:

2 lezioni espositive di tipo teorico.

Formazione in aula direttamente nel laboratorio. La lezione è articolata in due momenti: ore 14-15 lezione frontale di approfondimento su software, attività diretta in laboratorio dalle ore 15-17.

Ogni edizione si articolerà in 14 lezioni di 3 ore ciascuna, con una frequenza di 2 volte la settimana, per un totale di 42 ore.

Ogni servizio (U.O.Semplice) potrà iscrivere in un solo operatore.

Per iscrizione inviare modulo via Fax 0677302461. Modulo scaricabile da Internet. Il corso è aperto a tutte le ASL della Regione Lazio.

Saranno accettate le domande degli operatori con le seguenti caratteristiche:

svolgono operativamente attività di riabilitazione cognitiva,
abbiano una conoscenza di base nell'uso del computer.

Vincenzo Riccio

MODULO DI ISCRIZIONE.
ALL'ATTENZIONE DEL DOTT. VINCENZO RICCIO
U.O.C. COMUNICAZIONE
VIA SABRATA 12 - FAX 0677302461
E-MAIL urpaziendale@aslromaa.it

Il sottoscritto chiede di essere iscritto al corso di formazione:
RIABILITAZIONE E POTENZIAMENTO DELLE COMPETENZE COGNITIVI NELLE PERSONE DIVERSAMENTE ABILI ATTRAVERSO L'USO DEL COMPUTER E DELLA MULTIMEDIALITA'.

Cognome	
None	
ASL di appartenenza	
Servizio di appartenenza (U.O.)	
Professionalità nel ruolo di assunzione	
Attività svolta ordinariamente	
Cell.	
Fax servizio	
e-mail (di servizio o personale)	
Dichiaro di avere le seguenti conoscenze informatiche	
Utilizzo i seguenti programmi software	
Competenza nell'uso di internet	
Dichiaro di svolgere la seguente attività di riabilitazione cognitiva	
Mi occupo prevalentemente dei seguenti pazienti (età e tipologia)	
Vorrei preferibilmente partecipare al modulo del (indicare la data) Tale indicazione è un'opzione ma non è vincolante per la partecipazione	
Dichiaro di potermi impegnare a seguire il corso e svolger anche un'attività seppure minima di ricerca nel settore oggetto del corso.	

Data _____

Firma _____