Policlinico Foggia

ospedaliero-universitario

Struttura Formazione

SCHEDA DI ISCRIZIONE PROGETTO FORMATIVO RESIDENZIALE

* Cognome _____

* Nome _____

* Luogo e data di nascita _____

* Professione _____Disciplina_____

* Unità Operativa _____

* Ente di appartenenza _____

*** Dipendente** ☐ *** Convenzionato** ☐

* Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

* **Indirizzo privato**

* Via/Piazza _____ * N. _____

* CAP _____ * Località _____ * Provincia _____

* Telefono _____ * Cellulare _____

* Posta elettronica _____

Progetto formativo obbligatorio al quale chiede di essere ammesso/ **"CONSENSO INFORMATO E DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO: PROBLEMI MEDICO LEGALI ED OPERATIVITÀ QUOTIDIANA**

Sede:

Data: ED.1 06/12/2022 ED. 2 15/12/2022

ORARIO DALLE ORE: 9,00 ALLE 17,30

La frequenza del Corso è assolutamente compatibile con la garanzia di continuità operativa di tutte le attività clinico-assistenziali della U.O. e delle UU.OO. funzionalmente connesse.

Il Partecipante

Infermiere Coordinatore

_____ _____

Il Direttore di Struttura
(firma leggibile e timbro)

_____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER REGISTRAZIONE EVENTI/CORSI

Desideriamo informarLa che i Suoi dati personali acquisiti attraverso questo modulo di registrazione saranno utilizzati dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Foggia, esclusivamente per dare seguito alla Sua richiesta di registrazione all'evento/corso, nel pieno rispetto delle vigenti normative in materia di protezione dei dati personali. Il trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza, ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. N. 196/2003, così come modificato dal D.Lgs. n.101/2018). E' possibile esercitare, in un qualsiasi momento, tutti i diritti previsti dagli artt. 15 e seguenti del Regolamento UE 679/2016 ed in particolare opporsi al trattamento dei dati, inviando la richiesta al Responsabile per la protezione dei dati, utilizzando l'e-mail: lsilvestris@ospedaliriunitifoggia.it.

Il Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Ospedaliero- Universitaria "Ospedali Riuniti" con sede in Foggia al Viale L. Pinto, 1, in persona del Direttore Generale pro-tempore, contattabile ai seguenti recapiti:

Telefono: 0881-732441 – e-mail: direzionegenerale.segreteria@ospedaliriunitifoggia.it.

Le informazioni dettagliate sul trattamento dei Suoi dati personali sono disponibili sul nostro sito web all'indirizzo https://www.sanita.puglia.it/web/ospedaliriunitifoggia.it, nell'apposita sezione "Privacy".

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali così come indicati nell'informativa che precede.

Data_____ Firma

Policlinico Foggia

ospedaliero-universitario

Struttura di Formazione
Provider Regionale n. 52
STRUTTURA DI FORMAZIONE
PROVIDER REGIONALE N. 52

CONSENSO INFORMATO E DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO: PROBLEMI MEDICO LEGALI ED OPERATIVITÀ QUOTIDIANA

ORARIO	TITOLO	RELATORI
09.00 – 09.30	REGISTRAZIONE PARTECIPANTI	
09.30 – 09.45	SALUTI ISTITUZIONALI DI APERTURA	
09.45 – 10.00	INTRODUZIONE	Luigi Cipolloni
10.00 – 10.45	CONSENSO INFORMATO	Nicola Giuliani
10.45 – 11.00	PAUSA	
11.00 – 11.45	TERAPIA DEL DOLORE, DIVIETO DI OSTINAZIONE IRRAGIONEVOLE NELLE CURE NELLA FASE FINALE DELLA VITA	Stefania De Simone
11.45 – 12.30	DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO	Raffaele La Russa
12.30 – 13.30	Domande e discussione sui temi della mattinata	TUTTI I RELATORI
13.30 – 14.30	Pausa Pranzo	
14.30 – 15.15	PIANIFICAZIONE CONDIVISA DELLE CURE	Aldo Di Fazio
15.15 – 16.00	L. 219: DALLA VIOLAZIONE DI UN DIRITTO ALLA VIOLAZIONE DI UNA LEGGE	Giuseppe Russi
16.00 – 16.45	DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO: MODALITA' DI APPLICAZIONI NELLA PRATICA CLINICA AZIENDALE	Luigi Cipolloni
16.45 – 17.00	CONCLUSIONI	Luigi Cipolloni e Raffaele La Russa
17.00 – 17.30	SOMMINISTRAZIONE QUESTIONARI ECM CHIUSURA DEI LAVORI	Luigi Cipolloni