****

**1Class**

**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](mailto: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: direzione[generale.segreteria@ospedaliriunitifoggia.it](mailto:generale.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



1Class

**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 |