

**Struttura di Formazione**

**Provider Regionale n. 52**

**CORSO DI AGGIORNAMENTO QUINQUENNALE PER PREPOSTI ALLA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO,**

**AI SENSI DEL D.LGS. 81/08**

**OSPEDALI RIUNITI FOGGIA AULA ANATOMIA PATOLOGICA**

20 APRILE 2018

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ORARIO | RELAZIONI | RELATORI |
| 09.00 – 15.00 | - Principali soggetti del sistema di prevenzione aziendale. Compiti, obblighi, responsabilità- Relazione tra i vari soggetti interni ed esterni del sistema di prevenzione - Definizione e individuazione dei fattori di rischio- Incidenti e infortuni mancati- Tecniche di comunicazione e sensibilizzazione dei lavoratori, in particolare neoassunti, somministrati, stranieri- Valutazione dei rischi dell’azienda, con particolare riferimento al contesto in cui il preposto opera- Individuazione misure tecniche, organizzative e procedurali di prevenzione e protezione- Modalità di esercizio della funzione di controllo dell’osservanza da parte dei lavoratori delle disposizioni di legge e aziendali in materia di salute e sicurezza sul lavoro, e di uso dei mezzi di protezione collettivi e individuali messi a loro disposizione | R. DE DONNO/ R. DELIA/F. MINGOLLA/ M. VENDITTOZZI/A. W.J. DI FLUMERI/ L. ZAGARIA/L. FAZZINA |
| 15.00 – 15.30 | Compilazione questionario ECM e chiusura dei lavori | P.P. GALLIG. CANCELLARO |

Responsabili Scientifici: Ing. Pier Paolo Galli

 Dott. Giuseppe Cancellaro

***Progetto formativo aziendale obbligatorio, accreditato per tutte le Professioni***

*(35 partecipanti; 6 crediti formativi ECM).*

*Per informazioni e iscrizioni: Dott.ssa Michelina Crisetti Struttura Formazione Azienda Ospedaliero – Universitaria Ospedali Riuniti di Foggia.*

*Tel. 0881/736259; mail: mcrisetti@ospedaliriunitifoggia.it*



**Struttura Formazione**

**SCHEDA DI ISCRIZIONE EVENTO 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 al quale chiede di essere ammesso/a:

**CORSO DI AGGIORNAMENTO QUINQUENNALE PER PREPOSTI ALLA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO, AI SENSI DEL D.LGS. 81/08**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Edizione**  | **Sede** | **Data** | **Orario** |
| Edizione 1 | Aula Anatomia Patologica | Venerdì 20 Aprile 2018 | 09.00 – 15.30 |

**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.**

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Il Partecipante Il Coordinatore Il Direttore di Struttura

 (firma leggibile e timbro)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196**

Autorizzo la Struttura di Formazione al trattamento dei dati personali da me forniti limitatamente alle finalità attinenti allo svolgimento del su citato progetto formativo regionale, adottando le misure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto della normativa sopra richiamata.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *FIRMA*