****

****

 **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/ **CORSO DI FORMAZIONE GENERALE PER LAVORATORI E PREPOSTI IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO, AI SENSI DEL D.LGS. 81/08**

**Sede: SALA CENTORE LASTARIA**

**Data: 07 – 02 - 2023 LUCERA**

**Orario: 09.00 – 13.00**

**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**

**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





**STRUTTURA DI FORMAZIONE**

**PROVIDER REGIONALE N. 52**

**CORSO DI FORMAZIONE GENERALE PER LAVORATORI E PREPOSTI IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO,**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ORARIO** | **RELAZIONI** | **RELATORI** |
| 09.00 – 12.30 | Concetti di Rischio; Danno; Prevenzione; Protezione; Organizzazione della Prevenzione Aziendale; Diritti, Doveri e Sanzioni per i Vari Soggetti Aziendali; Organi di Vigilanza, Controllo e Assistenza. | Dott. Michele Nanni /Dott. Antonio Albergo/ Dott. Antonio Emanuele Granieri |
| 12.30 – 13.00 | Chiusura dei lavori e consegna questionario ECM | Dott. Michele Nanni |

**FORMAZIONE GENERALE DI 4 ORE PER LAVORATORI E PREPOSTI**

***N.B.:TIMBRARE CON IL CODICE: 149 ENTER ENTRATA E 149 ENTER USCITA***

***CORSO OBBLIGATORIO INVIARE SCHEDA DI ISCRIZIONE A MAIL:***

**strutturaformazione@ospedaliriunitifoggia.it** ***35 partecipanti* TELEFONO: 0881736412-6052-2252**