1Class



**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**

**AULA ANATOMIA PATOLOGICA**

**OSPEDALI RIUNITI FOGGIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ED. 1 05 OTTOBRE 2020** | **ED. 2 07 OTTOBRE 2020** | **ED. 3 09 OTTOBRE 2020** |
| **ED. 4 12 OTTOBRE 2020** | **ED. 5 14 OTTOBRE 2020** | **ED. 6 16 OTTOTRE 2020** |
| **ED. 7 19 OTTOBRE 2020** | **ED. 8 21 OTTOBRE 2020** | **ED. 9 23 OTTOBRE 2020** |
| **ED. 10 26 OTTOBRE 2020** | **ED. 11 28 OTTOBRE 2020** | **ED. 12 30 OTTOBRE 2020** |
| **ED. 13 04 NOVEMBRE 2020** | **ED. 14 06 NOVEMBRE 2020** | **ED. 15 09 NOEMBRE 2020** |
| **ED. 16 11 NOVEMBRE 2020** | **ED. 17 13 NOVEMBRE 2020** | **ED. 18 16 NOVEMBRE 2020** |
| **ED. 19 18 NOVEMBRE 2020** | **ED. 20 20 NOVEMBRE 2020** | **ED. 21 23 NOVEMBRE 2020** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ORARIO** | **RELAZIONI** | **RELATORI** |
| 09.00 – 13.00 | 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. Michele Piancone /  Dott. Antonio Albergo/  Dott. Nunzio Carone/  Dott. Antonio Emanuele Granieri |
| 13.00 – 13.30 | Chiusura dei lavori e consegna questionario ECM | Dott. Michele Nanni  Dott. Giuseppe Cancellaro |

Responsabili Scientifici: Dott. Michele Nanni - Dott. Giuseppe Cancellaro

Segreteria Organizzativa: Dott. Antonio Emanuele Granieri

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

*(35 partecipanti; 4 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*

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/a: **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: Aula anatomia Patologica Ospedali riuniti Foggia Orario: 09.00 – 13.30**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ED. 1 05 OTTOBRE 2020** | **ED. 2 07 OTTOBRE 2020** | **ED. 3 09 OTTOBRE 2020** |
| **ED. 4 12 OTTOBRE 2020** | **ED. 5 14 OTTOBRE 2020** | **ED. 6 16 OTTOTRE 2020** |
| **ED. 7 19 OTTOBRE 2020** | **ED. 8 21 OTTOBRE 2020** | **ED. 9 23 OTTOBRE 2020** |
| **ED. 10 26 OTTOBRE 2020** | **ED. 11 28 OTTOBRE 2020** | **ED. 12 30 OTTOBRE 2020** |
| **ED. 13 04 NOVEMBRE 2020** | **ED. 14 06 NOVEMBRE 2020** | **ED. 15 09 NOEMBRE 2020** |
| **ED. 16 11 NOVEMBRE 2020** | **ED. 17 13 NOVEMBRE 2020** | **ED. 18 16 NOVEMBRE 2020** |
| **ED. 19 18 NOVEMBRE 2020** | **ED. 20 20 NOVEMBRE 2020** | **ED. 21 23 NOVEMBRE 2020** |

**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 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

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