

**Struttura di Formazione**

**Provider Regionale n. 52**

**CORSO DI FORMAZIONE SULLA SICUREZZA IN RISONANZA MAGNETICA, AI SENSI DEL DM 2/8/1991 NONCHÉ DEL D. LGS. 81/2008**

**AULA RADIOTERAPIA OSPEDALI RIUNITI FOGGIA**

ED. 5 30 OTTOBRE 2018

 ED. 6 06 NOVEMBRE 2018

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ORARIO | RELAZIONI | RELATORI |
| 08.30 – 09.00 | Presentazione del corso | Dott. G. Plotino |
| 09.00 – 09.30 | Effetti biologici e implicazioni cliniche derivanti dai campi magnetici ed elettromagnetici utilizzati in un sito MRI | Prof. L. Macarini |
| 09.30 – 11.30 | Il Regolamento di Sicurezza – Parte1 | Dott. G. Plotino |
| 11.30 – 12.00  | Il Medico Responsabile della Sicurezza in un sito MRI | Dott. G. Grilli |
| 12.00 – 13.30 | Il Regolamento di Sicurezza – Parte2  | Dott. G. Plotino |
| 13.30 – 14.00 | Conclusione e consegna questionario ECM | Dott. G. Plotino |

**Responsabile Scientifico e Segreteria Organizzativa Dott. Giovanni Plotino**

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

*(50 partecipanti; 5 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 FORMAZIONE SULLA SICUREZZA IN RISONANZA MAGNETICA, AI SENSI DEL DM 2/8/1991 NONCHÉ DEL D. LGS. 81/2008**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Edizione**  | **Sede** | **Data** | **Orario** |
| Edizione 5 | Aula Radioterapia | Giovedì 30 Ottobre 2018 | 08.30 – 14.00 |
| Edizione 6 | Aula Radioterapia | Giovedì 06 Novembre 2018 | 08.30 – 14.00 |

**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 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*