

****

 **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/ **LA GESTIONE DEI CONFLITTI NELLA SALA D’ATTESA ALL’INTERNO DEL DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE**

**Data: ED. 1 04-11-22 ED. 2 11-11-22 ED. 3 18-11-22 ED. 4 25-11-22 ED. 5 02-12--22**

**ORARIO DALLE ORE: 9,00 ALLE 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.**

 Il Partecipante Il Direttore di Struttura

Infermiere Coordinatore

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (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.

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**

**“LA GESTIONE DEI CONFLITTI NELLA SALA D’ATTESA ALL’INTERNO DEL DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE”**

|  |
| --- |
| **PROGRAMMA** |
| **ORARIO** | **ATTIVITA’** | **DOCENTI/ISTRUTTORI** |
| 08.30 – 09.30 | PERSONALE SANITARIO E TRATTI PERSONOLOGICI | DR. ANTONIO PETRONE |
| 09.30 - 10.30 | STRATEGIE DI COMUNICAZIONE IN PRONTO SOCCORSO | PROF.SSA ANNAMARIA PETITO |
| 10.30 - 11.00 | LO STRESS NEGLI OPERATORI SANITARI: DALLA TEORIA ALLA PRATICA | DR. ANTONIO PETRONE |
| 11.00 - 11.30 | PRIMO SOCCORSO PSICOLOGICO (FIRST AID) | DR.SSA VIVIANA TRAVERSI |
| 11.30 – 12.30 | LA PSICOLOGIA DELLA SALA D’ATTESA | DR.SSA PAOLA CAPORALETTI |
| 12.30 – 13.00 | LA GESTIONE DEI CONFLITTI IN SALA D’ATTESA | DR.SSA VIVIANA TRAVERSI |
| 13.00 – 13.30 | CONSEGNA QUESTIONARIO CHIUSURA DEI LAVORI | DR. ANTONIO PETRONE - DR.SSA PAOLA CAPORALETTI |