Irecoop Veneto

disegniamo insieme a te il futuro

FORMAZIONE ACCREDITATA ECM

Corso: Utilizzare i gas medicinali in completa sicurezza

Premessa Il corso è rivolto in primis a medici e infermieri e a tutti gli operatori sanitari che ne fanno richiesta.
Il percorso formativo ha lo scopo di fornire un quadro esaustivo sulle problematiche dell'utilizzo dei gas in ambito sanitario e al contempo acquisire conoscenze nel settore dei gas medicinali per poter operare in sicurezza all'interno delle strutture sanitarie.

Figure accreditate ECM **Medico e infermiere con 8 Crediti ECM ciascuno.**

Durata **8 ore**

Contenuti Generalità sui gas nell'ambiente
IDGM dispositivo medico
Allegato G
I gas medicinali: CO_2 dispositivo medico, N_2 dispositivo medico, elio e RMN
I contenitori dei gas medicinali
Movimentazione ed uso dei contenitori: rischi e prevenzione dei rischi

Data e orari **25 Novembre 2015** ore 9-13 e 14-18

Sede corso **Irecoop Veneto** – Via Savelli, 128 – Padova.
E' possibile realizzare la formazione presso la vostra sede

Attestato e CREDITI ECM A conclusione del corso verrà somministrato un questionario di verifica dell'apprendimento.
La frequenza è obbligatoria e consentirà il rilascio dell'attestato con **8 crediti ECM** per medici e infermieri.

Quota Individuale per ciascun partecipante se in sede Irecoop Veneto:
150,00 € + IVA per associati a Confcooperative
165,00 € + IVA per non associati a Confcooperative
Aziendale per minimo 6 partecipanti di € 1550,00 + IVA

Adesioni Le iscrizioni devono pervenire compilando ed inviando l'apposita **scheda di adesione** a Irecoop Veneto, **ENTRO IL 05 ottobre 2015** al numero fax 049 8076136 o all'indirizzo e-mail a.daminato@irecoop.veneto.it

Pagamento Il **versamento** deve essere effettuato **solo dopo conferma di avvio** da parte di Irecoop Veneto esclusivamente tramite bonifico bancario, ALMENO 5 GIORNI PRIMA dell'avvio del corso, intestato a Irecoop Veneto su Banca Etica IBAN IT15J0501812101000000115513 con causale: *codice indicato al momento della conferma – Cod. Fisc. e denominazione impresa*

Condizioni generali La prenotazione dei posti si intende confermata al momento del ricevimento da parte di Irecoop Veneto (via e-mail o fax) dell'allegata scheda di adesione, compilata in ogni sua parte.
L'ammissione in aula è subordinata all'inoltro presso Irecoop Veneto (via e-mail o fax) di copia della ricevuta del versamento effettuato.
In caso di ritiro del partecipante a corso già confermato, Irecoop Veneto sarà autorizzato ad emettere fattura per l'intera quota di partecipazione del corso, garantendo al cliente il diritto ad ottenere il materiale didattico distribuito durante il corso dell'attività formativa ed a recuperare le attività formative presso una edizione successiva del medesimo corso o di altro corso equivalente.
Per esigenze di natura organizzativa e didattica, Irecoop Veneto si riserva la facoltà di annullare, rinviare o modificare la sede dei corsi programmati nel caso non venga raggiunto il numero minimo di partecipanti. Ogni variazione sarà tempestivamente segnalata alle aziende e ai partecipanti già iscritti relativamente ai quali si provvederà alla restituzione delle quote eventualmente già versate.

Per informazioni **Alessia Daminato e Federica Mattarello - Irecoop Veneto**
tel 049 80 76 143 - *fax* 049 80 76 136
e-mail a.daminato@irecoop.veneto.it

Irecoop Veneto
Istituto Regionale per l'Educazione e Studi Cooperativi

SCHEDA DI ISCRIZIONE INDIVIDUALE

DA RESTITUIRE COMPILATA IN TUTTI I CAMPI ENTRO IL 05/10/15
ALL'INDIRIZZO **a.daminato@irecoop.veneto.it**

CODICE EVENTO ECM		**LUOGO**	
TITOLO	**UTILIZZARE I GAS MEDICINALI IN COMPLETA SICUREZZA**		
PERSONALE DI RIFERIMENTO	**ALESSIA DAMINATO – FEDERICA MATTARELLO a.daminato@irecoop.veneto.it**		

Il sottoscritto:
COGNOME E NOME .....
LUOGO DI NASCITA ..... DATA DI NASCITA .....
CODICE FISCALE ..... SESSO (M/F) .....
INDIRIZZO ..... N. .....
CAP ..... COMUNE DI RESIDENZA ..... PROV. .....
TEL. ..... CELL. ..... E-MAIL .....

PROFILO PROFESSIONALE:

TITOLO DI STUDIO .....
PROFESSIONE ..... DISCIPLINA .....
EVENTUALE ORDINE/COLLEGIO DI ASSOCIAZIONE PROFESSIONALE .....
DELLA PROVINCIA DI. .....
INVIATO DA SPONSOR .....

PROFILO LAVORATIVO ATTUALE:

☐ dipendente del SSN ☐ convezionato del SSN ☐ libero professionista in ambito sanitario ☐ altro (specificare) .....

AZIENDA DI APPARTENENZA .....
SETTORE ..... SEDE .....
TEL. ..... FAX ..... E-MAIL .....
CODICE FISCALE ..... P.IVA .....
(Sponsorizzazioni) INVIATO DA SPONSOR .....

Chiede di essere iscritto all'intervento indicato in qualità di

☐ partecipante ☐ docente ☐ tutor ☐ relatore ☐ animatore di formazione ☐ segreteria scientifica

LA FATTURA VA INTESTATA A: ☐ azienda di appartenenza ☐ partecipante

DATI OBBLIGATORI PER LA FATTURAZIONE:

FATTURA INTESTATA A: .....
P.IVA ..... CODICE FISCALE .....
INDIRIZZO ..... N. .....
CAP ..... COMUNE ..... PROV. ..... E-MAIL .....

Dichiara di essere stato informato sugli obiettivi del corso e di aver ricevuto il programma con indicazione degli orari e della sede di svolgimento delle lezioni, nonché degli argomenti che saranno svolti e di accettare il **regolamento** incluso nel programma. Si impegna a partecipare con regolarità alle lezioni previste dal calendario suddetto e a segnalare eventuali assenze o impedimenti rivolgendosi tempestivamente al tutor o al coordinatore del corso. Dichiara inoltre di essere a conoscenza che, per ogni ulteriore chiarimento o reclamo presso IRECOOP VENETO è possibile rivolgersi al tutor o coordinatore del corso agli indirizzi riportati nel frontespizio della presente scheda o contattare direttamente la segreteria dell'ente presso il seguente recapito:

IRECOOP VENETO – Via G. Savelli, 128 – 35129 Padova -
Tel. 049 8076143 – Fax 049 8076136 – e-mail info@irecoop.veneto.it / a.daminato@irecoop.veneto.it

IL SOTTOSCRITTO IN RIFERIMENTO AI RAPPORTI IN ESSERE E FUTURI CON IRECOOP VENETO, DICHIARA DI AVER RICEVUTO E PRESO VISIONE COMPLETA DELL'ALLEGATA INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.LGS N. 196/2003 ED ESPRIME IL CONSENSO AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI PROPRI DATI NEI LIMITI E PER LE FINALITÀ ISTITUZIONALI, CONNESSE O STRUMENTALI ALL'ATTIVITÀ DI IRECOOP VENETO.

FIRMA _____

CONSENTE, INOLTRE, AI SENSI DELLA MEDESIMA LEGGE, CHE GLI STESSI DATI SIANO TRASMESSI, VIA FAX O PER LETTERA, ALLE AZIENDE INTERESSATE AD EVENTUALI ASSUNZIONI.

FIRMA _____