

## SCHEDA DI PRESCRIZIONE Progetto Formativo Aziendale *ECM*

### *Titolo Corso: "Radioprotezione: modalità e procedure"*

- n. 8,5 Crediti ECM -

Il Progetto Formativo Aziendale è riservato a n. 75 professionisti (per edizione) dell' ASP di Cosenza delle seguenti professioni:

- **N. 25 Medici** delle seguenti discipline: Anestesia e Rianimazione, Cardiologia, Chirurgia Generale e Specialistica (Cardiochirurgia, Maxillofacciale, Pediatrica, Plastica e Ricostruttiva, Toracica, Vascolare, Neurochirurgia), Medicina Nucleare, Oncologia, Ortopedia e Traumatologia, Neuroradiologia, Radioterapia, Radiodiagnostica, Odontoiatria (in quanto disciplina affine a Chirurgia Maxillofacciale)
- **N. 24 Infermieri**
- **N. 26 Tecnici Sanitari di Radiologia Medica**

In servizio nelle seguenti realtà operative:

- PP.OO. Spoke di Castrovillari, Paola/Cetraro, Rossano/Corigliano
- PP.OO. di Acri, San Giovanni in Fiore
- CAPT di: Cariati, San Marco, Mormanno, Lungro, Praia a Mare, Trebisacce
- Poliambulatori di: Amantea, Castrovillari, Cassano, Cosenza, Corigliano, Mormanno, Paola, Rende
- Case Circondariali di: Castrovillari, Cosenza, Paola, Rossano
- Mezzo Mobile (CAMPER)

ed esposti professionalmente a radiazioni ionizzanti e/o che utilizzano sostanze radioattive.

Il personale sopra indicato, interessato a partecipare al corso, deve preiscriversi utilizzando esclusivamente la presente scheda, da compilare in ogni sua parte, firmare (con firma autografa), ed inviare esclusivamente via E-Mail alla segreteria organizzativa ( [formazionecs@pec.asp.cosenza.it](mailto:formazionecs@pec.asp.cosenza.it) ), entro e non oltre le ore 12,00 del sesto giorno antecedente la data di effettuazione dell'edizione per la quale si è espressa preferenza.

Le e-mail devono contenere una sola scheda di prescrizione, quelle contenenti più schede saranno cestinate.

Verranno ammesse al corso le prime 75 prescrizioni regolarmente pervenute per ogni edizione (nel rispetto dei numeri assegnati ad ogni professione), con priorità per quei professionisti che abbiano un rapporto di lavoro a tempo indeterminato.

Gli ammessi al corso verranno contattati dalla segreteria organizzativa via E-Mail entro e non oltre 3 giorni prima della data in cui si svolgerà l'edizione nella quale è stato possibile inserirli.

**MODULO DI PRESCRIZIONE**  
**(da compilare in modo chiaro e leggibile)**

Il sottoscritto:

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Tel./cell \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

U.O. di appartenenza: \_\_\_\_\_

PROFESSIONE: \_\_\_\_\_

DISCIPLINA (per i Medici): \_\_\_\_\_

**RAPPORTO DI LAVORO:**

Tempo determinato

Tempo indeterminato

**Chiede**

**di essere ammesso al corso di formazione aziendale ECM dal titolo "Radioprotezione: modalità e procedure".**

Lo stesso esprime la propria preferenza\* a partecipare all' edizione del:

Preferenza	Data Edizione	SEDE	Data di Scadenza Prescrizione
	01/10/2014	Sala Convegni Fondazione "Roberta Lanzino" ONLUS - via G. Verdi n. 5, Rende (CS)	25/09/2014
	02/10/2014	//	26/09/2014
	06/10/2014	//	27/09/2014

\* La preferenza espressa è comunque indicativa, in quanto subordinate alle esigenze organizzative del corso.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ si impegna, inoltre, se ammesso al corso ed impossibilitato a parteciparvi, a:

1. comunicare alla segreteria organizzativa la propria assenza, entro e non oltre 2 giorni, prima della data di effettuazione dell'edizione di ammissione. In modo da rendere possibile la propria sostituzione ed eventualmente chiedere di essere reinserito in altra edizione.
2. Nel caso di gravi impedimenti dell'ultimo momento a trasmettere tempestivamente opportuna giustificazione per iscritto alla segreteria organizzativa.

In base al D.Lgs 196/2003 autorizzo il trattamento dei miei dati personali. Le informazioni fornite verranno trattate per finalità di gestione amministrativa dei corsi (contabilità, logistica, formazione elenchi). I dati potranno essere utilizzati per la formazione di un archivio a fini statistici, di studio, di valutazione degli eventi. Potrete accedere alle informazioni in nostro possesso ed esercitare i diritti di cui all'art. 13 della legge (accesso, correzione, cancellazione, opposizione al trattamento, ecc.) inviando una richiesta scritta al titolare del trattamento.

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

Per informazioni: tel. 09848933393

e-mail: [formazionecs@pec.asp.cosenza.it](mailto:formazionecs@pec.asp.cosenza.it)