



Regione Calabria  
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza  
U. O. Formazione e Qualità Cosenza



REGIONE CALABRIA

## PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE ECM

Titolo corso: *BLSD*

(8,5 Crediti N. Rif.to ECM: 5-137)

Il Progetto Formativo Aziendale è rivolto a Medici e infermieri in servizio presso: Punti di Primo Intervento (PPI), Centri Dialisi, Servizi ex ADI dell'ASP di Cosenza per un totale di 120 partecipanti (24 per edizione).

Il corso si svolgerà presso la Sala Convegni del SERT, sita in Via Fiume, nelle seguenti Edizioni:

Edizione 1: 14/10/2014

Edizione 2: 16/10/2014

Edizione 3: 21/10/2014

Edizione 4: 23/10/2014

Edizione 5: 30/10/2014

Edizione 6: 04/11/2014

### ISCRIZIONE

Possono iscriversi Medici e Infermieri in servizio presso PPI, Centri Dialisi e Servizi ex ADI che NON hanno mai svolto corsi di BLSD. A seguire gli operatori dei medesimi servizi (PPI, Dialisi, ADI) che hanno svolto corsi di BLSD prima dell'anno 2010. Per ciascuna edizione (di max 24 partecipanti) discenti sono così ripartiti

- N. 12 medici e infermieri: Punti di Primo Intervento;
- N. 8 medici e infermieri: Centri Dialisi;
- N. 4 medici e infermieri: ex servizi ADI;

Per iscriversi occorre utilizzare l'annessa scheda di preiscrizione (all. n.2), compilata in ogni sua parte e con firma autografa (di pugno), scannerizzata in formato pdf e allegata alla mail (oppure in formato jpg con foto da telefonino/tablet).

**LE ISCRIZIONI VANNO INVIATE ALLA SEGRETERIA ORGANIZZATIVA ESCLUSIVAMENTE VIA MAIL AL SEGUENTE INDIRIZZO:**

**[pietropaolo.guzzo@asp.cosenza.it](mailto:pietropaolo.guzzo@asp.cosenza.it); entro il 06/10/2014.** OGNI ALTRA DIFFORME MODALITA' DI INVIO O LA MANCATA O INCOMPLETA COMPILAZIONE DEL MODELLO (All. N.2) COMPORTERA' LA NON AMMISSIONE AL CORSO. Le prime 144 iscrizioni pervenute (rispettando le priorità già indicate) verranno incluse nell'elenco degli ammessi al corso.

**Gli ammessi** verranno contattati, entro il 10/10/2014, dalla segreteria per comunicare loro l'inclusione al corso e l'edizione nella quale è stato possibile inserirli, essendo le preferenze espresse meramente indicative in quanto subordinate alle esigenze organizzative. Le domande saranno valutate in ordine di arrivo e comunque nel rispetto delle quote dei criteri suindicati

La Segreteria Organizzativa  
Dott. P. Paolo Guzzo

## SCHEDA DI PRESCRIZIONE Progetto Formativo Aziendale *ECM*

### *Titolo Corso: "BLS"*

Il Progetto Formativo Aziendale, è rivolto a medici e infermieri in servizio presso: Punti di Primo Intervento (PPI), Centri Dialisi, Servizi ADI dell'Asp CON PRIORITÀ PER COLORO CHE NON HANNO MAI SVOLTO CORSI BLS. A seguire i professionisti dei medesimi servizi (PPI, Dialisi, ADI) che hanno svolto corsi BLS prima dell'anno 2010 e poi quelli che lo hanno svolto dopo il 2010. Per un totale di 144 partecipanti (24 per edizione) così ripartiti per ciascuna edizione.

- **n. 12 medici e infermieri:** Punti di Primo Intervento;
- **n.8 medici e infermieri:** Centri Dialisi;
- **n.4 medici e infermieri:** servizi ADI.

Il corso si svolgerà presso la Sala convegni SERT, sita in Via Fiume 1, nelle edizioni di cui appresso.

Il personale sopra indicato, che intende partecipare al corso, può preiscriversi utilizzando la presente scheda, da compilare in ogni sua parte, firmare e inviare via E-Mail scannerizzata in formato pdf o in formato immagine (jpeg) a [pietropaolo.guzzo@asp.cosenza.it](mailto:pietropaolo.guzzo@asp.cosenza.it) **entro e non oltre il 06/10/2014**.

Verranno ammesse al corso le prime 92 preiscrizioni pervenute, secondo le priorità già indicate. Gli ammessi al corso verranno contattati via E-Mail entro il 10/10/2014, per confermare loro l'ammissione.

### MODULO DI PRESCRIZIONE

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

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

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

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

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

#### PROFESSIONE:

medico PPI \_\_\_\_\_  Infermiere PPI \_\_\_\_\_

medico Dialisi \_\_\_\_\_  Infermiere Dialisi \_\_\_\_\_

medico ADI \_\_\_\_\_  Infermiere ADI \_\_\_\_\_

Corso BLS svolto: NO  SI  (specificare) PRIMA DEL 2010  DOPO IL 2010

#### CHIEDE

**di essere ammesso al corso di formazione aziendale dal titolo "Aggiornamenti in materia di D.U.R.C.", che si svolgerà (indicare solo una data e preavvertire tempestivamente l'UO Formazione in caso di rinuncia per non penalizzare gli altri aspiranti)**

- I edizione 14/10/2014 (orario 08,00/13,30) presso Sala Convegni SERT ASP CS Via Fiume, 1 CS;
- II edizione 16/10/2014 (orario 08,00/13,30) presso Sala Convegni SERT ASP CS Via Fiume, 1 CS;
- III edizione 21/10/2014 (orario 08,00/13,30) presso Sala Convegni SERT ASP CS Via Fiume, 1 CS;
- IV edizione 23/10/2014 (orario 08,00/13,30) presso Sala Convegni SERT ASP CS Via Fiume, 1 CS;
- V edizione 30/10/2014 (orario 08,00/13,30) presso Sala Convegni SERT ASP CS Via Fiume, 1 CS;
- VI edizione 04/11/2014 (orario 08,00/13,30) presso Sala Convegni SERT ASP CS Via Fiume, 1 CS;

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. Sono consapevole che nel saranno cestinate le mail contenenti più domande di prescrizione per persone diverse e che non saranno accettate domande compilate secondo moduli diversi dal presente.

FIRMA \_\_\_\_\_

Per informazioni: tel. 09848933392-93 e-mail: [pietropaolo.guzzo@asp.cosenza.it](mailto:pietropaolo.guzzo@asp.cosenza.it)