



## Corso Retraining di Aggiornamento BLS-D (4 ore)

*(All. a Dgr 2487/2014 che integra/modifica All. a Dgr.Veneto 4282 del 29 dicembre 2009)*

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| OBIETTIVI<br>E FINALITA'         | Il corso Retraining di Aggiornamento BLS-D si prefigge di mantenere inalterate le competenze e le capacità d'intervento del personale già formato.   |
| DESTINATARI                      | Chiunque abbia ricevuto adeguata formazione nell'utilizzo e la gestione dei Defibrillatori semi-automatici esterni (DAE), secondo quanto disposto dalle normative vigenti e dalla regolamentazione prevista dalla Regione Veneto.  |
| DURATA                           | Il corso ha la durata di 4 ore.  |
| VALIDITA'<br>DELLA<br>FORMAZIONE | I Retraining di Aggiornamento BLS-D devono essere effettuati <b>entro i due anni</b> , successivi alla formazione precedente. <u>L'accesso a tale tipo di Aggiornamento sarà possibile solo ed esclusivamente presentando l'attestazione di frequenza al corso base.</u> |
| DOCENTI                          | I docenti sono medici esperti in tecniche di rianimazione e utilizzo del DAE, oltre ad aver conseguito specifica abilitazione come istruttori, secondo la legislazione Italiana e della Regione Veneto.  |
| METODOLOGIA<br>DIDATTICA         | Gli argomenti oggetto del corso saranno trattati con metodologie didattiche atte a favorire l'apprendimento della materia e la partecipazione attiva dei discenti.   |
| REGISTRO                         | Viene predisposto un registro presenze nel quale ogni partecipante dovrà documentare la frequenza al corso attraverso la propria firma.  |
| VERIFICHE<br>E VALUTAZIONE       | Il corso si conclude con la somministrazione di un test di verifica di apprendimento e uno skill-test pratico. Il superamento delle prove avviene con performance di 75% o superiore alle prove.   |
| ATTESTATO                        | Al termine del corso, verrà consegnato ad ogni partecipante un attestato nominativo di frequenza, che rispetta l'accreditamento BLS-D Regione Veneto. Attestato emesso circa dopo 1 mese.  |



## SCHEDA DI ISCRIZIONE

Spedire via fax 049 7968930  
o via mail [servizi.aziende@pavanello.it](mailto:servizi.aziende@pavanello.it)

### Corso Retraining di Aggiornamento BLS-D (4 ore)

(All. a Dgr 2487/2014 che integra/modifica All. a Dgr.Veneto 4282 del 29 dicembre 2009)

| Richiesta iscrizione           | Date del Corso | Orario                | Sede di svolgimento                               |
|--------------------------------|----------------|-----------------------|---|
| /// Edizione 1<br>APRILE 2024  | 23/04/2024     | dalle 9,00 alle 13,00 | IN PRESENZA<br>Via Francia, 9<br>Vigonza (Padova) |
| /// Edizione 2<br>OTTOBRE 2024 | 15/10/2024     | dalle 9,00 alle 13,00 | IN PRESENZA<br>Via Francia, 9<br>Vigonza (Padova) |

### QUOTA DI PARTECIPAZIONE INDIVIDUALE - € 100,00 + IVA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ Legale Rappresentante della Ditta \_\_\_\_\_

**RICHIEDE** l'iscrizione al corso in oggetto per i seguenti partecipanti:

#### Partecipanti

|   |              |                         |                |
|---|--------------|-------------------------|----------------|
| 1 | NOME COGNOME | LUOGO E DATA DI NASCITA | CODICE FISCALE |
|   |              |                         |                |
|   | MANSIONE     | INDIRIZZO E-MAIL        |                |
| 2 | NOME COGNOME | LUOGO E DATA DI NASCITA | CODICE FISCALE |
|   |              |                         |                |
|   | MANSIONE     | INDIRIZZO E-MAIL        |                |

#### DATI PER LA FATTURAZIONE (OBBLIGATORI)

RAGIONE SOCIALE O COGNOME/NOME

SEDE LEGALE

INDIRIZZO A CUI INVIARE LA FATTURA

SE DIVERSO DALLA SEDE LEGALE

TEL. / FAX

E-MAIL

P. IVA / CODICE FISCALE

IBAN

**CODICE ATECO 2007**

PERSONA DA CONTATTARE

TEL. / E-MAIL

Luogo e data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma \_\_\_\_\_



## **MODALITÀ DI PAGAMENTO**

Il pagamento dovrà essere effettuato al ricevimento della fattura con modalità RID 60 gg data fattura fine mese o come da Vostra convenzione già in essere con Analisi Mediche Pavanello S.r.l.

## **CONDIZIONI GENERALI DI ADESIONE**

1. **Analisi Mediche Pavanello srl** si riserva la facoltà di annullare o di modificare la programmazione del corso dandone comunicazione agli iscritti **entro 7 giorni** dalla data di inizio del corso stesso.
2. I corsi previsti saranno avviati al raggiungimento minimo di 10 partecipanti e conseguentemente confermati tramite e-mail e/o contatto telefonico e/o a mezzo fax cui dovrà far seguito il pagamento della quota di iscrizione.
3. **La mancata partecipazione al corso, non disdetta entro il termine sopra indicato, comporterà comunque il pagamento del corso che sarà ritenuto valido per la prossima programmazione. Nel caso in cui il partecipante decida di annullare completamente l'iscrizione al corso oltre i limiti di tempo sopra indicati Analisi Mediche Pavanello srl tratterrà il 30% della quota di iscrizione.**
4. L'attestato di partecipazione sarà emesso alla fine del percorso formativo totale dopo la valutazione del test di apprendimento e a condizione che il discente abbia frequentato il 90% del monte ore richiesto per Legge.
5. Nel caso le adesioni superassero il numero massimo stabilito si darà la precedenza secondo l'ordine cronologico di arrivo delle schede di adesione.

## **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ART. 13 E 14 REG.TO UE 2016/679)**

Secondo la normativa sopra indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

I dati personali (nome, cognome, estremi documento di riconoscimento e copia dello stesso, telefono, indirizzo email, etc), saranno forniti al momento dell'adesione.

Si informa che, tenuto conto delle finalità del trattamento, il conferimento dei dati è obbligatorio ed il loro mancato, parziale o inesatto conferimento potrà avere, come conseguenza, l'impossibilità di svolgere l'attività di formazione e di assolvere gli adempimenti contrattuali come previsti dal contratto di mandato.

L'ambito di trattamento sarà limitato al territorio italiano ed i dati potranno essere comunicati a:

- soggetti che in collaborazione con il titolare abbiano partecipato all'organizzazione di questa iniziativa;
- soggetti che partecipino a questa iniziativa come relatori;
- altri partecipanti all'iniziativa che ne facciano richiesta.

I dati saranno trattati dagli Incaricati appartenenti alle seguenti aree: Amministrazione, Qualità e Direzione.

I dati verranno trattenuti per tutta la durata del corso e anche successivamente per l'organizzazione e lo svolgimento di altre analoghe iniziative.

Il trattamento sarà effettuato sia con strumenti manuali e/o informatici e telematici con logiche di organizzazione ed elaborazione strettamente correlate alle finalità stesse e comunque in modo da garantire la sicurezza, l'integrità e la riservatezza dei dati stessi nel rispetto delle misure organizzative, fisiche e logiche previste dalle disposizioni vigenti.

Lei potrà, in qualsiasi momento, esercitare i diritti:

- di accesso ai dati personali;
- di ottenere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano;
- di opporsi al trattamento;
- alla portabilità dei dati;
- di revocare il consenso, ove previsto: la revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso conferito prima della revoca;
- di proporre reclamo all'autorità di controllo (Garante Privacy).



L'esercizio dei suoi diritti potrà avvenire attraverso l'invio di una richiesta mediante email all'indirizzo [privacy@pavanellogroup.it](mailto:privacy@pavanellogroup.it).

Il Titolare del trattamento dati è Analisi Mediche Pavanello S.r.l. con sede legale in 35100 Ponte di Brenta (PD), Via Bravi 51. Il Responsabile del Trattamento, cui è possibile rivolgersi per esercitare i diritti di cui all'Art. 12 e/o per eventuali chiarimenti in materia di tutela dati personali, è raggiungibile all'indirizzo: [privacy@pavanellogroup.it](mailto:privacy@pavanellogroup.it).

### **CONSENSO**

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto l'informativa di cui Reg.to UE 2016/679 ed esprime il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei suoi dati da parte Vostra per le finalità precisate nell'informativa.

**Il sottoscritto autorizza *Analisi Mediche Pavanello S.r.l.* al trattamento dei dati sopra citati, secondo l'applicazione del Reg.to UE 2016/679.**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_