Gestione Salute Lavoro S.r.l.

E.C.M. Educazione Continua in Medicina
Programma Nazionale per la Formazione degli operatori della Sanità

Nova Salus Casa di Cura Privata di Medicina Riabilitativa Centro Privato di Riabilitazione

CORSO DI AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE

L'AQUILA, Sabato 12 Settembre 2015

Casa del Volontariato – Via Onorevole G. Saragat

(Zona Centro commerciale L'Aquilone: attraversato il viadotto, procedere fino alla seconda rotonda, girare a sinistra, superare l'Aquilone, recarsi oltre/dietro la CGIL. In linea d'aria è di fronte all'Ordine dei Medici)

PERICOLI PER LA SALUTE DA PARTICELLE NANOMETRICHE
Ruolo del Responsabile-SPP & del MD Competente nella Valutazione dei rischi

Evento formativo N° 16/804, Edizione N°1

***Crediti ECM assegnati N° 11,5** (undicivirgolacinque)*

MEDICI COMPETENTI – Il corso rientra nella normativa che regola l'Educazione Continua in Medicina *(ECM)* nonché l'art.38 *(Titoli e requisiti del Medico competente)*, comma 3 del D. Lgs 81/08 e smi. L'evento risulta accreditato per **MEDICI COMPETENTI, specialisti in Medicina del Lavoro, Igiene, Medicina Legale**.
TECNICI DELLA PREVENZIONE E COORDINATORI – Il corso, certificato da AiFOS (Associazione Italiana Formatori ed Operatori della Sicurezza sul Lavoro) è valido altresì (nel rispetto dei limiti di Partecipanti indicati dalla normativa) anche ai fini dell'aggiornamento obbligatorio per **R.S.P.P.** ed **A.S.P.P.** per tutti i Macrosettori Ateco in base all'Accordo Stato-Regioni del 14.02.2006 ed art. 32 Decreto Lgs. 81/08 nonché per i **COORDINATORI DELLA SICUREZZA** per l'espletamento degli obblighi formativi previsti dal Decreto Lgs. 81/08, art. 98/Alleg.XIV.

Corsi ECM Medici & Tecnici	**PROGRAMMA DEL CORSO**
SETTEMBRE 2015	**SABATO 12/09/2015**
08:30-08:45	**REGISTRAZIONE DEI PARTECIPANTI**
08:45-09:00	**SOMMINISTRAZIONE DEL PRE-TEST**
09:00-13:00 *(BREAK 11:00-11:15)*	**RELAZIONI** - IL DECRETO 81/08: LA VALUTAZIONE DI TUTTI I RISCHI - PARTICELLE AERODISPERSE IN IGIENE INDUSTRIALE - VALUTAZIONE DEL RISCHIO PER LE NANOPARTICELLE INGEGNERIZZATE
13:00-14:00	**COLAZIONE A BUFFET**
14:00-16:30	**ESERCITAZIONE INTERATTIVA N°1: REDAZIONE DOCUMENTO E PROCEDURA NEI CASI DI:** ▪ Gruppo 1 – Rischi e patologie da particelle micrometriche ▪ Gruppo 2 – Campionamento delle particelle micrometriche ▪ Gruppo 3 – Comportamento del valutatore in presenza di Nanoparticelle ingegnerizzate
16:30-18:30	**ESERCITAZIONE INTERATTIVA N°2:** ▪ Discussione e confronto degli elaborati prodotti
18:30-19:00	**SOMMINISTRAZIONE E CORREZIONE DEL TEST DI VERIFICA.** ***A seguire:* RILASCIO DEGLI ATTESTATI E CONCLUSIONE DEL CORSO**

INFORMAZIONI E ISTRUZIONI

OBIETTIVI DEL CORSO: Il corso teorico-pratico intende fornire ai partecipanti strumenti, metodologie e competenze necessarie per conseguire i seguenti obiettivi:

1) Acquisire elementi di conoscenza e giudizio in materia di "gestione" dei rischi derivanti DALL'ESPOSIZIONE CUTANEA ED INALATORIA ALLE NANOPARTICELLE INGEGNERIZZATE
2) Approcciare metodologie e prassi per una Valutazione rischi ed eventuale Sorveglianza sanitaria in un CAMPO DEL SAPERE TOSSICOLOGICO E IGIENISTICO INDUSTRIALE ancora meritevole di approfondimenti

RESPONSABILE SCIENTIFICO E DOCENTI: Il Responsabile scientifico è la Dott. Graziella Grandi. I Relatori sono tutti professionisti e formatori qualificati nel campo della prevenzione e della valutazione rischi.

DESTINATARI: *Crediti ECM* per **Medici Competenti** e Specialisti in Medicina del Lavoro, Igiene, Medicina Legale e inoltre *Crediti formativi* conformi all'Accordo Stato Regioni del 14.02.2006, per una durata di svolgimento di **n° 8 ore** per **R.S.S.P.**, **A.S.P.P.** e **Coordinatori della Sicurezza**. L'attestato di partecipazione al corso può essere inserito nel **libretto formativo** del cittadino ai sensi del Decreto Lgs. 276/2003.

ISCRIZIONE AL CORSO: **Il corso è a numero chiuso**. Chi si iscriverà oltre il n° dei posti disponibili verrà avvisato tempestivamente via e-mail dall'organizzatore che è stato collocato in lista di attesa e potrà essere iscritto solo in caso di rinunce.

COSTO DELL'ISCRIZIONE: al netto: € **80,00** + IVA 22%. Totale IVA inclusa: € **97,60 €.**

Nella quota di iscrizione sono inclusi: Rilascio dell'attestato; Colazione di lavoro a buffet; Dispense e materiale formativo utilizzato durante il corso consegnato in formato elettronico; Costi per la certificazione dei crediti; Costi generali e di segreteria per l'organizzazione.

MODALITÀ DI ISCRIZIONE: Le domande di iscrizione saranno accettate secondo l'ordine cronologico d'arrivo: il giorno successivo all'invio del modulo riceverete l'accettazione (o la notizia che siete stati posti in lista di attesa per sovrannumero). Chi è accettato, **entro due giorni** dovrà perfezionare l'iscrizione inviando via e-mail la **ricevuta del bonifico bancario** da effettuarsi sulle coordinate bancarie indicate nel modulo di iscrizione. **Il corso è a numero chiuso**. L'accettazione al corso verrà comunicata via fax o via e-mail. In caso di sopraggiunta impossibilità a partecipare sarà possibile inviare la **RINUNCIA ENTRO IL GIORNO 7/9/15** per ottenere indietro – detratte le spese per il bonifico della restituzione – l'intera somma versata. Dopo tale data la somma **non verrà restituita** ma sarà accantonata in ragione del 50% (40,00 € + IVA = 48,8) che l'iscritto potrà utilizzare, al massimo entro un anno, per iscriversi con tale sconto ad altro corso analogo organizzato dalla GSL srl.

SEDE DEL CORSO: Aula della Casa del Volontariato, via Onorevole Giuseppe Saragat L'Aquila (Zona di Pile: andare verso il Centro Commerciale L'Aquilone → Percorrere il viadotto che conduce all'Aquilone → Procedere fino alla seconda rotonda e girare a sinistra → superare l'Aquilone (lasciandolo sulla propria destra) → procedere fino alla sede della CGIL e girare a destra → Parcheggiare. [In *linea d'aria* la Casa del Volontariato è di fronte all'Ordine dei Medici].

PROVIDER: Nova Salus

EVENTO FORMATIVO: n° 16/804, edizione n° 1

Medici competenti: **CREDITI ECM ASSEGNATI**: n° 11,5 (undicivirgolacinque)

Tecnici della prevenzione/RSPP ASPP/Coordinatori: **CREDITI AIFOS**: n° 8 ORE di aggiornamento periodico

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA: **GSL srl, Via Piemonte, 2C – 67100 L'Aquila / Tel & Fax 0862-580273**
< gsl.salutelavoro@gmail.com >

SCHEDA DI ISCRIZIONE AL CORSO DEL 12-09-2015 (L'AQUILA)

PERICOLI PER LA SALUTE DA PARTICELLE NANOMETRICHE

(Ruolo del Responsabile-SPP & del MD Competente nella valutazione dei rischi)

COMPILARE IN STAMPATELLO (SCRIVENDO SOPRA LE RIGHE) ED INVIARE:

a mezzo fax al n° 0862.580273 **OPPURE** scannerizzare il documento e inviarlo via e-mail a gsl.salutelavoro@gmail.com

……
Cognome e Nome — Tipo e N° Documento identificativo (es, CI n° ……../Comune di ……..)

……
nato a — in data — codice fiscale/P.IVA

……
Cap — residente in (città e provincia) — via — n. civico

……
telefono fisso — titolo di studio autocertificato

……
telefono cellulare — e-mail @

CHIEDO DI PARTECIPARE AL CORSO *[Barrare SOLO la casella di interesse: i crediti ECM servono solo ai Medici (ed eventualmente ai Tecnici delle ASL); i crediti per RSPP o Coordinatori a coloro che esercitano tali funzioni]* **IN QUALITÀ DI:**

☐ **MEDICO** Specialista in Medicina del Lavoro, Igiene, Medicina Legale / con Crediti ECM

☐ **ALTRO** ……con Crediti (per RSPP, Coordinatore…) ……

ESTREMI RELATIVI ALLA FATTURAZIONE

Intestare a ☐ Professionista ☐ Azienda ☐ Ente

……
Cognome e Nome del Professionista *oppure* Nome dell'Azienda *oppure* Nome dell'ENTE

……
cap — città — via — n. civico

……
telefono fisso — fax — e-mail @

……
p. IVA /C.F. — referente (ad es., amministrativo in caso di azienda o ente)

MODALITÀ DI PAGAMENTO: con **Accredito bancario** a favore di **GSL srl Codice IBAN: IT95G0605503600000000000630**.
Causale: "***ISCRIZIONE CORSO DEL 12.09.2015***".
Ente Pubblico (esente Iva) con pagamento a 30 gg dal ricevimento fattura N.B. → ALLEGARE ATTESTAZIONE BONIFICO

INFORMAZIONI: **IL CORSO È A NUMERO CHIUSO**. La quota di iscrizione comprende: il rilascio dell'attestato (previo superamento del test di apprendimento), buffet, le dispense e il materiale formativo utilizzato durante il corso. Le dispense ed il materiale informativo saranno trasmessi ad ogni partecipante da parte dell'organizzazione unicamente su supporto informatico. Firmando la presente si dichiara di aver preso visione e di accettare le informazioni generali, il programma, le modalità organizzative del corso in oggetto. ***L'iscrizione è effettiva esclusivamente ad avvenuto pagamento della quota di iscrizione del corso***. L'organizzazione si riserva la facoltà, per cause non dipendenti dalla propria volontà, di annullare o modificare le date del corso dandone tempestiva comunicazione. Nel caso di annullamento verrà restituita l'intera quota versata**. In caso di mancata partecipazione, la disdetta dovrà essere comunicata via fax o mail almeno 5 gg lavorativi prima dell'inizio del corso: in caso di rinuncia oltre il termine indicato l'organizzazione fatturerà il 100% della quota di iscrizione**, garantendo, come riportato nelle Modalità di iscrizione, uno sconto del 50% della somma versata in un successivo corso della GSL s.r.l.

LUOGO E DATA _____ **FIRMA** _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL D.LGS N. 196 DEL 30/06/03

Autorizzo l'organizzazione ad inserire i presenti dati personali nella propria banca dati onde consentire il regolare svolgimento del rapporto contrattuale, per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica e fiscale, per effettuare operazioni connesse alla formazione e all'organizzazione interna (registrazione, accoglienza, orientamento didattico, rilascio attestato e libretto curriculum), per favorire tempestive segnalazioni inerenti ai servizi e alle iniziative di formazione.

LUOGO E DATA _____ **FIRMA** _____