

Azienda Sanitaria Proponete

ASL SULCIS IGLESIENTE

Servizio Proponente

SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE

Richiesta Attivazione Progetto Formativo**Titolo del Progetto:**

CORSO FORMAZIONE SPECIFICA RISCHIO MEDIO LAVORATORI 8H EX ART. 37 D.LGS 81/2008

Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo?**SI** (*cancellare la voce che non interessa*)**Dettaglio macro-tipologia corso***(cancellare le voci che non interessano)*

- Formazione residenziale classica

Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostante*(cancellare le voci che non interessano)*

- Congresso / simposio / convegno / seminario

Durata in Ore:	N° partecipanti per edizione	Numero di edizioni	Data inizio Prima edizione	Data fine Prima edizione
8	35	3	09/10/2025	09/10/2025

Formazione residenziale interattiva**SI** (*cancellare la voce che non interessa*)**Durata attività interattiva: 6 ORE****Luogo di Svolgimento****Città:** CARBONIA, IGLESIAS**Sede:** AULA FIORENTINO CARBONIA, DA INDIVIDUARE IGLESIAS

TUTOR

È PREVISTA LA PRESENZA DI TUTOR? SI (cancellare la voce che non interessa)

SE PREVISTA COMPIARE LA SEGUENTE TABELLA

Nominativo (cognome e nome)	Argomento	Ore previste di docenza	Nazionalità estera (SI/NO)
Da individuare			

Aggiungere o eliminare righe a seconda del numero dei docenti.

Per ogni TUTOR compilare e allegare l'Allegato A

Per ogni TUTOR allegare il modulo di indicazione di scelta, il modulo di accettazione dell'incarico e il Curriculum

SPONSOR

È PREVISTA LA PRESENZA DI SPONSOR? /NO (cancellare la voce che non interessa)

SE PREVISTA COMPIARE LA SEGUENTE TABELLA

RAGIONE SOCIALE	PARTITA IVA	LUOGO	QUOTA	TIPO CONTRATTO

FINANZIAMENTI

Il corso è realizzato con:

finanziamento in proprio	0%		finanziamenti esterni	NO (<u>cancellare la voce che non interessa</u>)
finanziamento pubblico	0%		Quote di iscrizione	0%
			Sponsor commerciali	0%
			Sponsor non commerciali	0%

SONO PRESENTI ALTRE FORME DI FINANZIAMENTO

SI/NO (cancellare la voce che non interessa)

L'EVENTO E' SPONSORIZZATO DA AZIENDE CHE TRATTANO ALIMENTI PER LA PRIMA INFANZIA?

NO (cancellare la voce che non interessa)

SCELTA DEGLI OBIETTIVI

N.B. (indicare un solo obiettivo formativo nazionale, cancellare tutte le voci che non interessano)

1. Sicurezza e igiene negli ambienti e nei luoghi di lavoro e patologie correlate. Radioprotezione

Professioni dei partecipanti

N.B. (cancellare le voci che non interessano)

Professioni Accreditate E.C.M.

- Personale sanitario addetto ESCLUSIVAMENTE a mansioni amministrativo

Professioni NON Accreditate E.C.M.

- Assistente Amministrativo
- Assistente Tecnico
- Ausiliario Specializzato
- Coadiutore Amm.vo
- Collaboratore Amm.vo - Prof.le
- Collaboratore Prof.le - Assistente Sociale
- Collaboratore Tecnico - Professionale
- Collaboratore Professionale – Sanitario Personale della Riabilitazione
- Collaboratore Professionale – Sanitario
- Commissario
- Operatore Socio-Sanitario
- Operatore Tecnico
- Operatore Tecnico Addetto Assistenza (OTA)
- Operatore Tecnico Specializzato
- Profilo Atipico Ruolo Amministrativo
- Profilo Atipico Ruolo Sanitario
- Profilo Atipico Ruolo Tecnico
- centralinisti
- Tutte le professioni

Discipline E.C.M. per la professione di Medico Chirurgo:

N.B. (cancellare le voci che non interessano)

Discipline E.C.M. per la professione di Farmacista

N.B. (cancellare le voci che non interessano)

Discipline E.C.M. per la professione di Veterinario

N.B. (cancellare le voci che non interessano)

Discipline E.C.M. per la professione di Psicologo

N.B. (cancellare le voci che non interessano)

MATERIALE DIDATTICO:

POST IT COLORATI, MATERIALI PER LA COSTRUZIONE DI SEGNALI PER LA LAVORATRICE IPOVEDENTE, FOGLI PER LAVAGNA, PENNARELLI

Responsabile segreteria organizzativa

Cognome: PIVA

Nome: RENATA

Codice Fiscale:

Denominazione Segreteria organizzativa SC FORMAZIONE E ACCREDITAMENTO ECM

Sito Web Segreteria organizzativa WWW.ARESSARDEGNA.IT

Numero di telefono Segreteria organizzativa 07816683283-3290-3241

e-mail Segreteria organizzativa formazione.aslsulcis@aressardegna.it

Dichiarazione ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 679/2016 - GDPR, del D. Lgs. n.101/2018 e del D.lgs. n.196/2003

Si dichiara ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 679/2016 - GDPR, del D. Lgs. n.101/2018 e del D.lgs. n.196/2003, di essere in possesso del consenso scritto alla pubblicazione dei dati personali dei soggetti inseriti nell'applicazione ECM

Nome e cognome	DR.SSA FRANCESCA MELONI - RSPP
Firma Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	FRANCESCA MELONI Firmato digitalmente da FRANCESCA MELONI Data: 2025.07.08 08:15:32 +02'00'

**Se trattasi di un progetto Formativo non deliberato nel Piano Formativo Annuale
è necessaria l'autorizzazione da parte del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Regionale proponente**

Nome e cognome Direttore Generale Azienda Sanitaria del SSR	
Firma Direttore Generale	Si autorizza