**BASIC LIFE SUPPORT AHA (BLS and Defibrillation)**

**Sede:** Croce Rossa Italiana - Via Emilia Ponente, 56 - 40133 Bologna – Primo piano

**21 ottobre 2017 dalle ore 14,30 alle ore 18,30**

**SCHEDA DATI ANAGRAFICI PARTECIPANTE**

(***si prega di scrivere in maniera leggibile***)

Cognome .........................................................................................Nome ..........................................................................

Categoria professionale..........................................................................................Specializzazione ...................................................

Cod. Fisc.|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

Luogo di nascita ................................................................................ Data di nascita |\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

Abitazione: .................................................................................................................................................... n° ..................……………

CAP ................................... Città ........................................................................................................ Prov. ..................………………….

Tel./Cell ................................................................................e-mail ..................................................................................................

Ente di provenienza…………………………………………………………………...................................................................……………...………………….

**INFORMATIVA E CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – D.Lgs. n. 196/2003 (Codice sulla privacy)**

I dati personali forniti dagli interessati, saranno oggetto di trattamento informatico e manuale, e, comunque, saranno trattati in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati.

I dati personali oggetto di trattamento saranno esclusivamente utilizzati per gli scopi indicati, per documentare la partecipazione al Corso, per i trattamenti derivanti dagli obblighi di legge e comunque per le finalità strettamente connesse e strumentali alle attività didattiche e di formazione del presente corso, nonché per l’eventuale svolgimento di indagini statistiche e di studi di ricerca.

Le immagini acquisite saranno utilizzate esclusivamente per le finalità didattiche del corso in questione e saranno conservate per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono state raccolte e trattate.

Con eccezione delle immagini acquisite che non potranno essere oggetto di comunicazione e diffusione, i dati personali forniti, potranno essere esclusivamente comunicati a fornitori di servizi inerenti il corso per il disbrigo delle pratiche relative alla organizzazione dello stesso, nonché alle autorità competenti secondo le prescrizioni di legge.

Il conferimento dei dati è facoltativo. Il Suo rifiuto non consentirà la Sua partecipazione al corso.

È Sua facoltà esercitare, in ogni momento e con le modalità previste, i diritti di cui all’art. 7 del D.Lgs 196/2003. Per esercitare tali diritti dovrà rivolgersi al responsabile scientifico del Centro BIOS: Dott. Gianluca Gonzi, mail: ggonzi@ao.pr.it

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e compreso tutte le informazioni di cui sopra ai sensi dell’art. 13 D.Lgs 196/2003 ed esprime il proprio consenso al trattamento e correlate comunicazioni dei propri dati per le finalità precisate.

INFORMATO DI QUANTO SOPRA ESPOSTO, CON RIFERIMENTO ALLA COMUNICAZIONE DEI MIEI DATI A TERZI

❑ DO IL CONSENSO ❑ NEGO IL CONSENSO

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Corso BLS AHA**

**Liberatoria per riprese audio-video e per l’utilizzo dei dati delle simulazioni per scopi di ricerca.**

Nell’apporre la firma in calce al presente documento, dichiaro di aver già ricevuto e compreso tutte le informazioni relative al corso, ai suoi obiettivi e finalità, e in particolare di esser stato informato che le attività di simulazione e le esercitazioni potranno essere oggetto di riprese audiovisive.

Dichiaro altresì di essere stato informato che le informazioni acquisite durante le attività di simulazione potranno essere utilizzate dai docenti del corso per lo svolgimento di indagini statistiche e di studio di confronto di differenti metodologie didattiche dei corsi BLSD.

Nell’apporre la firma in calce al presente documento, dichiaro, pertanto, di accettare, come in effetti accetto, ad essere sottoposto durante lo svolgimento del corso a riprese audio-video esclusivamente per le finalità didattiche comunicatemi, nonché di acconsentire all'utilizzo, in formato anonimo, di tutte le informazioni raccolte durante lo svolgimento del corso per lo svolgimento di indagini statistiche e di studio di confronto di differenti metodologie didattiche dei corsi BLSD. Dichiaro altresì esplicitamente di non avere nulla a pretendere in termini di compenso o diritti.

**RISCHI**

Nell’apporre la firma in calce al presente documento dichiaro di esser consapevole che l’attività di formazione con simulazioni non implica il rischio di danno biologico. Dichiaro altresì di esser stato informato che esiste il rischio remoto di danni derivanti dall’utilizzo di terapie elettriche (defibrillatori, stimolatori, ecc.), dall’utilizzo di presidi medico-chirurgici taglienti (aghi, bisturi, ecc.), e dall’utilizzo di materiale in lattice per i soggetti allergici a quest’ultimo.

**RISERVATEZZA E CONFIDENZIALITÀ**

Dichiaro di essere stato informato dell’importanza che venga garantito e mantenuto da ciascun partecipante al corso un alto livello di riservatezza e confidenzialità sul rendimento mostrato dagli altri partecipanti ovvero sul dettaglio dei singoli scenari formativi, e ciò, onde evitare che l’efficacia della formazione possa essere seriamente compromessa e i partecipanti esposti a critiche ingiustificate ove qualsiasi informazione sul loro rendimento venga discussa al di fuori delle sedi formative.

Nell’apporre la firma in calce al presente documento, dichiaro di accettare, come in effetti accetto, di mantenere la massima riservatezza e confidenzialità su qualsiasi informazione acquisita, e di astenermi dal divulgare e/o comunicare qualsiasi informazione, ivi incluse quelle sui singoli scenari formativi e sul rendimento di qualsiasi partecipante.

Il/la sottoscritto/a ………………………………………………………………………………………………………………………….

residente in …………………………………….. Via …………………….…………………….………... tel. ………………………..

**dichiara**

 di aver ricevuto, letto e compreso tutte le informazioni di cui sopra, che accetta, e con la sottoscrizione del presente modulo accetta di partecipare al corso di formazione nel rispetto dei termini, delle modalità e delle condizioni sopra esposte.

Bologna, ........................................ Nome e Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(in stampatello)

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_