



Casartigiani Servizi srl

Cod. PS / 01 / 19

**CORSO DI FORMAZIONE PER ADDETTI AL PRIMO SOCCORSO
PER AZIENDE DEL GRUPPO B/C
(D.M. n. 388/2003 - D.Lgs 81/08 - D.M. 10.03.1998)**

Palermo 11 – 14 – 21 FEBBRAIO 2019

Obiettivi

allertare il sistema di soccorso; riconoscere un'emergenza sanitaria; attuare gli interventi di primo soccorso; conoscere i rischi specifici dell'attività svolta; acquisire conoscenze generali sui traumi in ambiente di lavoro; acquisire conoscenze generali sulle patologie specifiche in ambiente di lavoro; acquisire capacità di intervento pratico

destinatari

lavoratori incaricati di attuare le misure di pronto soccorso per garantire, in caso di necessità, le prestazioni essenziali da fornire all'infortunato in attesa dell'arrivo del personale sanitario qualificati

Contenuti:

Riferimenti legislativi - Gestione dell'emergenza sanitaria - Fasi del primo soccorso - Le Emergenze - Malori - Avvelenamenti ed intossicazioni - Emergenze da agenti fisici - esercitazioni pratiche su: Valutazione dei parametri vitali; Trasporto infortunati - Presidi sanitari:

Le lezioni saranno tenute dal dott. Angelo Giunta, specialista in medicina del lavoro.

Il corso prevede esercitazioni individuali per valutare il grado di apprendimento. - Le verifica finale prevede una prova scritta, attraverso test a risposte multiple.

Sede del corso, via Francesco Guardione, 3 – Palermo. La durata è fissata in 12 ore.

Il costo è di €.60,00 per i soci di Casartigiani Palermo – €.100,00 per i non soci.

DIRITTO DI RECESSO: Ogni partecipante può fruire del diritto di recesso inviando la disdetta, tramite fax al n.091323324, almeno 3 giorni lavorativi prima della data di inizio del corso. In tal caso, la quota versata sarà interamente rimborsata. Resta inteso che nessun recesso potrà essere esercitato oltre i termini suddetti e che pertanto qualsiasi successiva rinuncia alla partecipazione non darà diritto ad alcun rimborso della quota di iscrizione versata

La quota comprende dispensa corso e attestato di frequenza.

SCHEDA DI ADESIONE

Il sottoscritto _____ titolare della ditta _____ chiede di partecipare o far partecipare il proprio dipendente _____ nato a _____ il _____ residente in _____ via _____ n. ____ tel.fax.cell _____ al suddetto corso

Dati per la fatturazione: ragione sociale _____

via _____ n. ____ cap ____ Comune _____ P.I.V.A. _____

Codice identificativo destinatario _____ pec _____

C.F. _____ e-mail _____ @ _____

La mancata partecipazione al corso, comporta la perdita al rimborso di quanto versato.

Firma

Autorizzo al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679

Data _____

firma _____