

IRCOMUNITA' A.P.S.
SCHEDA ISCRIZIONE CORSO
www.irc-com.it



Nome _____ Cognome _____

nato/a a: _____ Prov. _____ il: _____

Indirizzo: _____ n° _____ CAP _____ Prov. _____

Telefono Ab. _____ Tel. Lav. _____ Cellulare _____

E-MAIL personale: _____

CODICE FISCALE _____

Professione: MEDICO INFERMIERE ALTRA PROF SANITARIA ALTRO

PARTECIPAZIONE A (barrare la casella sottostante) :

- Re training**
 Corso BLS (Basic Life Support).
 Corso BLSD (Basic Life Support and Defibrillation).
 Corso Istruttore BLSD.
 Altro:

L'istruttore IRCCOM opera con professionalità e si impegna a :

- soddisfare in maniera chiara, precisa e completa tutte le informazioni riguardanti il Corso, sviluppando lo stesso e la formazione del candidato/a secondo gli standard didattici IRCCOM.
- Fornire ed utilizzare del materiale didattico a supporto del Corso.

L'Istruttore IRCCOM e il/la Candidato/a si impegnano a:

- Collaborare insieme per far sì che il Corso sia comunque una esperienza positiva e di preparazione ad altre future attività nel soccorso.
- Non assumere prima, durante e dopo tutto lo svolgimento del Corso, droghe, farmaci, liquori o altre sostanze che inibiscano la mente e il corpo.
- Tenere in estrema considerazione i diritti e i bisogni di tutte le persone coinvolte nel Corso.

Impegno del Candidato/a. Io sottoscritto/a:

- Comprendo l'importanza di seguire con profitto tutto il Corso, pagando regolarmente le spese concordate.
- Mi impegno a rispettare scrupolosamente le direttive impartite dall'Istruttore nello svolgimento di tutto il Corso.
- Mi impegno a informare l'Istruttore di ogni e qualsiasi anomalia fisica o mentale (stress, stanchezza), riscontrata e riconducibile al Corso o collegata all'utilizzo dell'attrezzatura a supporto (manichini simulatori, pocket mask, defibrillatore, etc).
- Comprendo l'importanza di fornire i miei dati personali e riconosco l'utilità amministrativa ad autorizzare l'istruttore, IRCCOM e la trafila amministrativa che ne deriva, al trattamento dei miei dati personali secondo le vigenti norme di legge, per gli scopi che mi sono prefissato/a.

Autorizzo **Non AUTORIZZO**

IRCOMUNITA' A.P.S. a fare **foto o video dell'evento** ed a diffonderle attraverso i social network ed i propri canali istituzionali **al fine di promuovere la diffusione delle manovre salvavita.**

Luogo e data _____ Firma* _____

***Di un genitore se minore**



INFORMATIVA PRIVACY – FIRMARE IL FOGLIO NELLA PARTE POSTERIORE

Gentile Interessato,

di seguito le forniamo alcune informazioni che è necessario portare alla sua conoscenza, non solo per ottemperare agli obblighi di legge, ma anche perché la trasparenza e la correttezza nei confronti della nostra clientela è parte fondante della nostra attività.

Il Titolare del Trattamento dei suoi dati personali è IRC Comunità, responsabile nei suoi confronti del legittimo e corretto uso dei suoi dati personali e che potrà contattare per qualsiasi informazione o richiesta ai seguenti recapiti:

Titolare del Trattamento: **IRCOMUNITÀ A.P.S.**

Sede: via Croce Coperta, 11 - 40128 Bologna

Contatti e recapiti: Segreteria Nazionale – telefono 051 – 6389141 – email segreteria@irc-com.org

I suoi dati personali sono raccolti e trattati per le finalità riportate di seguito insieme alla base giuridica di riferimento:

Finalità	Dati trattati	Base Giuridica
Istruzione ed assistenza inerente le manovre salvavita o altre attività istituzionali di IRC Comunità	Codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale; Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; Dati di contatto (numero di telefono, e-mail, ecc.)	L'interessato deve esprimere il consenso al trattamento dei propri dati personali per la specifica finalità - Norma Unione Europea (GDPR 2016/679)

I suoi dati potranno essere inviati ai destinatari o alle categorie di destinatari riportati di seguito:

Categorie di destinatari:

Organismi sanitari, personale medico e paramedico (ASL e altre aziende sanitarie), Istituzioni di formazione professionale (Centro formativi rete IRC Comunità)

Destinatari:

Destinatario dei dati: **ASL, Aziende ospedaliere e Regioni (Aziende sanitarie che richiedono la certificazione)**

Oltre a queste informazioni, per garantirle un trattamento dei suoi dati il più corretto e trasparente possibile, deve essere a conoscenza del fatto che:

- La durata del trattamento è determinata come segue: Fino a richiesta cancellazione
- ha il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai suoi dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che la riguarda o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati
- se ha fornito il consenso per una o più specifiche finalità, ha il diritto di revocare tale consenso in qualsiasi momento
- ha il diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo

Bologna, DATA DEL CORSO

Firma del Titolare del Trattamento
Il Presidente pro tempore IRCOMUNITÀ A.P.S.
_____**Leonardo BRASCHI**_____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il sottoscritto/a _____

_____ luogo e data di nascita _____

Il Titolare del Trattamento dei suoi dati personali è **IRCOMUNITÀ A.P.S.** responsabile nei suoi confronti del legittimo e corretto uso dei suoi dati personali e che potrà contattare per qualsiasi informazione o richiesta ai seguenti recapiti:

Titolare del Trattamento: **IRCOMUNITÀ A.P.S.**

Sede: via Croce Coperta, 11 - 40128 Bologna

Contatti e recapiti: Segreteria Nazionale – telefono 051 – 6389141 – email segreteria@irc-com.org

Firma per il consenso al trattamento dei dati


