

Corso di Aggiornamento per Assistenti di Studio Odontoiatrico-A.S.O.

(in ottemperanza alla Lg della Regione Puglia n. 209/CSR del 23/11/2017 recepito con DPCM 9/02/2018 (GU n. 80 del 06/04/2018))

<p>A CHI È RIVOLTO</p>	<p>Il corso è rivolto a tutti i lavoratori degli studi dentistici che hanno inquadramento contrattuale di Assistente di Studio Odontoiatrico e hanno più di 36 mesi di attività lavorativa, anche non consecutiva, negli ultimi 5 anni, alla data di entrata in vigore del DPCM 9 febbraio 2018.</p>
<p>OBIETTIVI FORMATIVI</p>	<p>Il corso ha l'obiettivo di aggiornare le conoscenze e le abilità tecniche dei lavoratori, già acquisite, nel tempo, attraverso esperienza lavorativa superiore a 36 mesi, necessarie a collaborare con l'odontoiatra.</p>
<p>STRUTTURA DEL CORSO</p>	<p>Il corso ha una durata complessiva di 10 ore.</p> <p>I moduli riguardano le nuove norme e le nuove procedure sanitarie in materia e trattano i seguenti argomenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Procedure operative in odontoiatria ➤ Preparazione del carrello chirurgico per garantire qualità e sicurezza delle prestazioni erogate al paziente. ➤ Ergonomia operativa nello studio odontoiatrico. ➤ Conoscenza della "tecnica passaferrì" ➤ Tecniche di pulizia, sanificazione, sanitizzazione, decontaminazione, disinfezione e sterilizzazione ➤ Trattamento dei dati personali in ambito sanitario <p>La frequenza del corso è obbligatoria ed è pari al 90% di presenza.</p> <p>Al superamento della verifica di apprendimento viene rilasciato un attestato di frequenza.</p>
<p>QUOTA DI PARTECIPAZIONE</p>	<p>Il costo del percorso formativo per i Soci è pari a € 100,00 (IVA inclusa). Il costo del percorso formativo per i NON Soci è pari a € 122,00 (IVA inclusa). Allegare certificato storico occupazionale.</p>
<p>DATE CORSO</p>	<p>1° CORSO: 17 Maggio e 24 Maggio 2019 dalle ore 13,00 alle ore 18,00 2° CORSO: 7 Giugno e 15 Giugno 2019 dalle ore 13,00 alle ore 18,00 3° CORSO: 20 Settembre e 27 Settembre 2019 dalle ore 13,00 alle ore 18,00 4° CORSO: 15 Novembre e 29 Novembre 2019 dalle ore 13,00 alle ore 18,00 La conferma della data del corso è in base all'arrivo della scheda di iscrizione.</p>
<p>SEDE CORSO</p>	<p>La sede del corso è ANDI Bari/Bat Via Massaua 1 Bari Tel: 080/5347857.</p>



wework
SICUREZZA. MEDICINA DEL LAVORO.
VERIFICHE PERIODICHE. FORMAZIONE
www.weworkpoint.it



REGIONE PUGLIA
Ente di formazione professionale
accreditato D.D. 517 del 21/04/17



Associazione
Nazionale
Dentisti
Italiani

Sezione Territoriale BARIBAT

Corso di Aggiornamento per Assistenti di Studio Odontoiatrico-A.S.O.

(in ottemperanza alla Lg della Regione Puglia n. 209/CSR del 23/11/2017 recepito con DPCM 9/02/2018 (GU n. 80 del 06/04/2018))

SEDE DEL CORSO: ANDI BARIBAT VIA MASSAUA, 1 70132 BARI
PER INFORMAZIONI SEGRETERIA ANDI BARIBAT SIG.RA ROSA COLELLA
TEL. 080/5347857 FAX 080/5822043 E MAIL: baribat@andi.it sito:www.andibari.it

SCHEDA DI ISCRIZIONE

COGNOME _____ NOME _____

INDIRIZZO abitazione _____ CAP: _____ CITTA' _____

TEL-/FAX: _____ INDIRIZZO MAIL: _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____ C.F.: _____

STUDIO C/O CUI LAVORA DOTT: _____

1 CORSO: 17 Maggio e 24 Maggio 2019 dalle ore 13,00 alle ore 18,00

2 CORSO: 7 Giugno e 15 Giugno 2019 dalle ore 13,00 alle ore 18,00

3 CORSO: 20 Settembre e 27 Settembre 2019 dalle ore 13,00 alle ore 18,00

4 CORSO: 15 Novembre e 29 Novembre 2019 dalle ore 13,00 alle ore 18,00

QUOTA DI PARTECIPAZIONE

COSTO DEL CORSO PER I SOCI ANDI: EURO100,00 (IVA inclusa) **NON SOCI EURO 122,00 (IVA inclusa)**

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

Certificato storico occupazionale

MODALITA DI PAGAMENTO

Assegno Bancario non trasferibile intestato a: A.N.D.I.-BARIBAT (da consegnare in segreteria ANDI)

contanti (da effettuare in segreteria ANDI)

bonifico Bancario * effettuato a favore di: A.N.D.I.BARIBAT (inviare copia bonifico alla segreteria)

c/o : **UNICREDIT BARIIBAN: IT 39J 02008 04022 000400222874**

Riportare nella causale: Corso ASO 2019 SIG./ SIG.RA _____

Dati per la fatturazione

INTESTAZIONE FATTURA: _____

INDIRIZZO: _____ CAP: _____

CITTA': _____ C.F./P.IVA _____

CODICE IDENTIFICATIVO: _____ INDIRIZZO PEC _____

Nota informativa Privacy: Il trattamento dei dati forniti è finalizzato alla corretta e completa esecuzione dell'incarico professionale ricevuto, ai sensi dell'art. 13 del REGOLAMENTO EUROPEO (UE) 679/2016 e della normativa italiana vigente, D.lgs. 101/2018, in materia di protezione dei dati personali

Data _____

Firma _____