

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 è pari a € 100,00 (IVA inclusa).</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 14 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: 4 Ottobre e 11 Ottobre 2019 dalle ore 13,00 alle ore 18,00</p>
<p>SEDE CORSO</p>	<p>Massimo 30 partecipanti per corso. La conferma della data del corso è in base all'arrivo della scheda di iscrizione alla segreteria ANDI Bari/BAT. La sede del corso è ANDI Bari/Bat Via Massaua 1 Bari Tel: 080/5347857.</p>



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 14 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: 4 Ottobre e 11 Ottobre 2019 dalle ore 13,00 alle ore 18,00

QUOTA DI PARTECIPAZIONE

COSTO DEL CORSO: EURO 100,00 (IVA inclusa)

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 BARI IBAN: IT 39 J 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: Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazione non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate all'art.76 del D.P.R. 445/2000, dichiaro che quanto sopra corrisponde a verità. Ai sensi del REGOLAMENTO (UE) 2016/679 e del D.Lgs. 101/18 dichiaro, altresì, di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che a riguardo competono al sottoscritto tutti i diritti previsti dalla medesimo regolamento.

Data _____

Firma _____