



CNA – Settore Formazione

Corso Pronto Soccorso (D.M. 15/7/03 n. 388)

Struttura del corso

OBIETTIVI: formare i partecipanti sui comportamenti da tenere in caso di emergenza sanitaria e di primo soccorso sui luoghi di lavoro.

DESTINATARI:

Il corso si rivolge a quegli addetti (titolari o dipendenti) che si sono nominati o sono stati designati responsabili del pronto soccorso aziendale ai sensi dell'art. 45 del D.L. 81/2008.

Ai fini della designazione degli addetti alle emergenze il datore di lavoro deve tenere conto delle dimensioni e dei rischi specifici dell'azienda o dell'unità produttiva.

Ogni tre anni gli addetti al PS devono frequentare un corso di aggiornamento attinente alla capacità di intervento pratica a far data dalla data del rilascio dell'attestato.

ORARIO: serale (dalle ore 20.30 alle ore 23.30)

SEDE CORSI:

Pavia, c/o CNA Viale Montegrappa 15;
Vigevano c/o CNA Via Nosotti, 19

PROGRAMMA:

- Allertare il sistema di soccorso: cause e circostanze dell'infortunio;
- Riconoscere un'emergenza sanitaria;
- Attuare gli interventi di primo soccorso;
- 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;
- Nozioni di intervento pratico.

COSTO E DURATA DEI CORSI in relazione al codice di tariffa INAIL (indici di frequenza inabilità permanente)

GRUPPO A - durata 16 ore

€ 170 + IVA Associati CNA

€ 250 + IVA Non associati CNA (comprensivo di quota tessera CNA)

GRUPPO B - C - durata 12 ore

€ 140 + IVA associati CNA

€ 210 + IVA non associati CNA (comprensivo di quota tessera CNA)

L'attestato di partecipazione verrà rilasciato soltanto al raggiungimento del 75% delle ore di formazione

Informazioni e iscrizioni:

CNA Pavia tel. 0382.433115/433126 # fax 0382.433165/433176

s.stefanuto@cnapavia.it – m.preda@cnapavia.it

Scheda di iscrizione al corso per pronto soccorso

Impresa _____ con sede legale a _____ ()

CAP _____ Via _____ n. _____ Tel. () _____ fax _____

cellulare _____ e-mail _____

P. IVA _____ C. F. _____ **Associato CNA: SI () NO ()**

Datore di lavoro _____ pagina Facebook _____

partecipante al corso _____ titolare/socio () dipendente () altro ()

Attività dell'azienda: _____ Numero dipendenti _____ Numero soci _____

sede di frequenza del corso: Pavia () Vigevano ()

Codice SDI _____

Da compilare a cura del medico competente

Vedere codice di tariffa INAIL (indici di frequenza inabilità permanente)

Gruppo A

Gruppo B – C

_____ (timbro e firma)

DICHIARAZIONE DI PRESA VISIONE E CONSENSO PRIVACY: In ottemperanza al RGPD 2016/679, si informa che i dati raccolti vengono trattati per l'erogazione dei servizi sopra indicati. Potrà esercitare i suoi diritti agli artt. 15-22 del RGPD attraverso comunicazione all'indirizzo rp@cnapavia.it. L'informativa estesa, di cui dichiaro di aver preso visione ai sensi degli artt. 13 e 14, è consultabile presso i nostri uffici.

Dichiaro che in modo libero, specifico, informato e inequivocabile presto il mio consenso mancato consenso al trattamento dei miei dati per l'invio di comunicazioni promozionali sui corsi.

Firma _____