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) ***:***

**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 IRCOM.
* 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 si che il Corso sia comunque una esperienza positiva e di preparazione ad altre future attività nel soccorso.
* Non assumere prima e durante 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 (qualora previste) 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 segretria@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** |
|  | Codice fiscale ed altri numeri di | L'interessato deve esprimere il |
| Istruzione ed assistenza inerente le | identificazione personale; Nominativo, | consenso al trattamento dei propri |
| manovre salvavita o altre attività | indirizzo o altri elementi di identificazione | dati personali per la specifica finalità - |
| istituzionali di IRC Comunità | personale; Dati di contatto (numero di | Norma Unione Europea (GDPR |
|  | telefono, e-mail, ecc.) | 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 azienda 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 BolognaContatti e recapiti: Segreteria Nazionale – telefono 051 – 6389141 – email segretria@irc-com.org |

**Firma per il consenso al trattamento dei dati**