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 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**

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

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

Firma per il consenso al trattamento dei dati

_____