SCHEDA ISCRIZIONE CORSO BLSD (SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO E BEN LEGGIBILE)

PROT._____ **RICEVUTA N°**_____

Nome	**Cognome**	
Nato a	Prov.	Il
Residente a	Prov.	Cap
Via\ piazza		nc
Indirizzo EMAIL		
CODICE FISCALE	**TELEFONO**	

Professione _____

L'istruttore DELLA CARMINE E FRANCESCO SPERANZA/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 IRCCOM.
- Fornire ed utilizzare del materiale didattico a supporto del Corso.

L'Istruttore DELLA CARMINE E FRANCESCO SPERANZA/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.
- 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 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**

ASS CARMINE E FRANCESCO SPERANZA ODV/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 del corso_____ 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 Ass. Carmine e Francesco Speranza ODV e 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 ASS. CARMINE e FRANCESCO SPERANZA. Sede: piazza L. Padulo, 1 84077 Torre Orsaia

Contatti e recapiti: telefono 320 046 0113 -email info@onlus-carminesperanza.org onlus-carminesperanza@pec.it

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

Firma del Titolare del Trattamento.

Il Presidente pro tempore Ass Carmine e Francesco Speranza

_____Filomena Caputo_____

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 **IL PRES. CAPUTO FILOMENA** ed **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 **ASS. CARMINE e FRANCESCO SPERANZA**. Sede: piazza L. Padulo, 1 84077 Torre Orsaia

Contatti e recapiti: telefono 320 046 0113 - email info@onlus-carminesperanza.org

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

_____

IRCOMUNITÀ Rev. 02 del 07/07/2023	**VALUTAZIONE BLSD BAMBINO \ LATTANTE** **CORSO n°**	CSQA UNI EN ISO 9001:2015 – CERT. n° IT - 144393 - 80575

CANDIDATO _____

VALUTAZIONE: □ **ESAME** □ **IN ITINERE**	**VERDE**	**GIALLO**	**ROSSO**
Valuta la sicurezza ambientale.			
Valuta lo stato di coscienza Stimola e chiama ad alta voce			
Chiama aiuto generico			
Valuta la presenza di attività respiratoria G.A.S. per non più di 10 secondi			
Simula 5 ventilazioni di soccorso bocca-bocca / bocca – bocca naso			
Se non respira NORMALMENTE - Chiama il 112/118 e mette in vivavoce			
Mette a nudo il torace – scopre completamente il torace mettendolo a nudo			
Posiziona il DAE appena disponibile sulla sx del pz lo accende se necessario			
Posiziona correttamente gli elettrodi far provare posizione ascella-ascella (bambino) e fronte retro (lattante)			
Garantisce la sicurezza "via io, via voi, via tutti"			
Frequenza delle compressioni 100/min (tolleranza 100-120)			
Simula 2 Insufflazioni (1 secondo cad).			
Rapporto compressioni/insufflazioni 30:2 (tolleranza 29:2 - 31:2)			
RCP per 2 minuti			
Interrompe la RCP durante l'analisi			

IMPRESSIONE GENERALE	**SE UNA RISPOSTA E' SI' LA PROVA E' FALLITA**	
Il candidato ha compiuto azioni significativamente pericolose per la vittima, per gli astanti o per gli altri soccorritori	**NO**	**SI**
Il candidato ha agito in modo da ridurre le probabilità di sopravvivenza della vittima	**NO**	**SI**

CONCLUSIONE	**SUPERATO**	**RIPETE**	**FALLITO**

FIRMA ISTRUTTORE	**DATA**

IRCOMUNITÀ Rev. 02 del 07/07/2023	**VALUTAZIONE BLSD ADULTO** **CORSO n°**	CSQA UNI EN ISO 9001:2015 – CERT. n° IT - 144393 - 80575

CANDIDATO _____

VALUTAZIONE: □ **ESAME** □ **IN ITINERE**	**VERDE**	**GIALLO**	**ROSSO**
Valuta la sicurezza ambientale.			
Valuta lo stato di coscienza Scuote dalle spalle e chiama ad alta voce			
Chiama aiuto generico			
Valuta la presenza di attività respiratoria **G.A.S.** per non più di 10 secondi			
Se non respira NORMALMENTE – chiama 112/118 e mette in viva voce			
Mette a nudo il torace – scopre completamente il torace mettendolo a nudo			
Posiziona il DAE appena disponibile sulla sx del pz e lo accende se necessario			
Posiziona correttamente gli elettrodi far provare posizione standard e ascella-ascella			
Garantisce la sicurezza "via io, via voi, via tutti"			
Eroga tempestivamente lo shock			
Inizia RCP: Tecnica CTE (Posizione mani e soccorritore; non errori grossolani)			
Profondità delle compressioni Almeno il 75% sono di almeno 5 – 6 cm			
Frequenza delle compressioni 100/min (tolleranza 100-120)			
Simula 2 Insufflazioni (1 secondo cad)			
Rapporto compressioni/insufflazioni 30:2 (tolleranza 29:2 - 31:2)			
RCP per 2 minuti			
Interrompe la RCP durante l'analisi			

IMPRESSIONE GENERALE	**SE UNA RISPOSTA E' SI' LA PROVA E' FALLITA**	
Il candidato ha compiuto azioni significativamente pericolose per la vittima, per gli astanti o per gli altri soccorritori	**NO**	**SI**
Il candidato ha agito in modo da ridurre le probabilità di sopravvivenza della vittima	**NO**	**SI**

CONCLUSIONE	**SUPERATO**	**RIPETE**	**FALLITO**

FIRMA ISTRUTTORE	**DATA**