

**CORSO FORMAZIONE E ADDESTRAMENTO
GESTIONE DEL RISCHIO DA MOVIMENTAZIONE
MANUALE DEI CARICHI
settore socio-sanitario (4 ore)**

DESTINATARI: Lavoratori del settore sociosanitario, al fine di acquisire quelle competenze teoriche e pratiche che consentano loro di svolgere correttamente le attività con presenza di rischio di movimentazione manuale dei carichi e preposti, affinché siano in grado di vigilare ed aiutare gli altri lavoratori affinché la movimentazione manuale dei carichi venga effettuata correttamente.

CONTENUTI: Principi e terminologia. Fisiopatologia della colonna vertebrale. Valutazione del rischio, metodi di valutazione (MMC - indice NIOSH, Movimentaz. Pazienti - indice M.A.P.O., spinta e traino di carichi - indice SNOOK e CIRIELLO, movimenti ripetuti arti superiori - indice OCRA). Posture corrette, con il supporto di video dimostrativi. Esercizi di rafforzamento della colonna vertebrale. Esercizi di tecniche per una corretta movimentazione, cose da fare o da non fare, sulla persona (paziente adulto, disabile, anziano oppure bambino). Durante l'esecuzione delle operazioni il docente fornisce agli allievi le informazioni e nozioni per comprendere il fenomeno fisico e le ripercussioni sull'apparato muscolo-scheletrico e fornisce al discente le competenze per verificare il lavoro degli altri lavoratori.

DATI PER LA FATTURAZIONE

Rag. sociale o Cognome Nome se privato _____

Via _____ Comune _____ Prov. _____ CAP _____

Tel. _____ PEC _____ Email _____

P. IVA _____ C.F. _____

REFERENTE: indicare i riferimenti per l'invio di comunicazioni

Cognome/Nome _____

Tel./Email _____

Si richiede emissione di fattura:

fattura ordinaria con IVA vigente (22%) *Se soggetti*

codice destinatario o PEC _____

esente IVA split-payment

Pubb. Amm. (indicare CIG, num. protocollo e cod. univoco ente)

Note _____

CONDIZIONI DI ADESIONE:

- Quota a partecipante comprensivo di attestato e documentazione:

Corso di formazione e addestramento gestione del rischio da MMC - settore socio-sanitario (4 ore) - 90,00 € + IVA

- Nel caso di iscrizione di più partecipanti di una stessa azienda col presente modulo viene effettuata una riduzione del 10% sul secondo iscritto, del 20% sul terzo iscritto, del 30% sul quarto, del 40% sul quinto e del 50% dal sesto iscritto in poi.

Pagamento tramite bonifico bancario prima dell'inizio su IBAN IT 18 Z 02008 02216 0000 0061 2139

- Alla fine di ciascun corso verrà rilasciato, a chi risulti in regola con i pagamenti e con le frequenze richieste (almeno il 90% delle presenze), un attestato di partecipazione. In caso di smarrimento o di distruzione dell'attestato è possibile richiederne una copia al costo di 5 € + IVA
- La società si riserva di non attivare i corsi, qualora non venga raggiunto il numero minimo di partecipanti previsto per ciascun corso intervengano cause per le quali può essere compromesso il corretto svolgimento del corso stesso, avvisando i partecipanti iscritti e restituendo le quote versate.
- Eventuali rinunce non comunicate per iscritto almeno 3 giorni lavorativi prima dell'inizio del corso daranno luogo all'addebito dell'intera quota di iscrizione. La sostituzione del partecipante prima dell'inizio del corso è sempre ammessa.
- Gli iscritti stranieri possono frequentare il corso se sono in grado di comprendere la lingua italiana. Nel caso in cui il partecipante non conosca a sufficienza la lingua italiana sarà necessario tradurre la lezione nella lingua conosciuta dall'allievo. Tale attività è a carico del datore di lavoro, che può avvalersi di personale anche non qualificato come interprete, ma che dovrà partecipare alla lezione e sottoscrivere l'attività di mediazione linguistica nel registro del corso. Segnalare nello spazio note tale esigenza.

Data _____

Timbro / Firma _____

Denominazione
Azienda / Ente: _____

**CORSO FORMAZIONE E ADDESTRAMENTO
GESTIONE DEL RISCHIO DA MOVIMENTAZIONE
MANUALE DEI CARICHI
settore socio-sanitario (4 ore)**

PARTECIPANTI:

Indicare per ogni iscritto data e sede del corso scelto (vedi calendario)

| | |
|------------------------|-----------------------|
| Nome _____ | Cognome _____ |
| Luogo di nascita _____ | Data di nascita _____ |
| Codice fiscale _____ | Nazionalità _____ |
| Data corso _____ | Sede corso _____ |

| | |
|------------------------|-----------------------|
| Nome _____ | Cognome _____ |
| Luogo di nascita _____ | Data di nascita _____ |
| Codice fiscale _____ | Nazionalità _____ |
| Data corso _____ | Sede corso _____ |

| | |
|------------------------|-----------------------|
| Nome _____ | Cognome _____ |
| Luogo di nascita _____ | Data di nascita _____ |
| Codice fiscale _____ | Nazionalità _____ |
| Data corso _____ | Sede corso _____ |

| | |
|------------------------|-----------------------|
| Nome _____ | Cognome _____ |
| Luogo di nascita _____ | Data di nascita _____ |
| Codice fiscale _____ | Nazionalità _____ |
| Data corso _____ | Sede corso _____ |

I dati forniti saranno trattati da Synergica Srl secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di privacy ([vedi informativa](#))

Compilare, firmare e inviare tutte le pagine alla mail:

formazione@synergica.net

Timbro / Firma _____

Synergica s.r.l.
Tel. 040 43833 - Cell. 370 3440543
www.synergica.net