



“CORSO DI FORMAZIONE IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO”

30/11/2010

I^A Sessione

**08:30 - 09:00 PRESENTAZIONE DEL CORSO
DR. GABRIELE PEPERONI**

**09:00 - 09:30 IL CODICE INTERNAZIONALE DI ETICA PER GLI
OPERATORI DI MEDICINA DEL LAVORO
DR. ALBERTO CITRO**

**09:30 - 10:00 L'IMPORTANZA DELLA FORMAZIONE NELLE STRATEGIE DI
PREVENZIONE IN TEMA DI SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO
DR. RENATO MONTELLA**

**10:00 - 11:00 SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO
ATTRAVERSO IL PERCORSO NORMATIVO FINO AL DLGS 81/09: I COMPITI,
GLI OBBLIGHI, LE RESPONSABILITÀ CIVILI E PENALI
DR.SSA MARINO LUCIA**

II^A Sessione

**11:30 - 12:30 VALUTAZIONE, PREVENZIONE E GESTIONE DEI RISCHI
IN AMBITO SANITARIO
DR.SSA PAOLA SARDELLI**

**12:30 - 13:30 LA SORVEGLIANZA SANITARIA: ASPETTI OPERATIVI,
PREVENZIONALI E MEDICO LEGALI
DR. GIOVANNI PAUDICE**

**13:30 - 14:15 CONFRONTO / DIBATTITO
COORDINATORE DR. FRANCESCO GAZZERRO
DR. GABRIELE PEPERONI - DR. ALBERTO CITRO - DR. RENATO MONTELLA -
DR.SSA MARINO LUCIA - DR.SSA PAOLA SARDELLI - DR. GIOVANNI PAUDICE**

**14:15 - 14:30 TEST
DR. GABRIELE PEPERONI**



Fac- simile istanza di iscrizione

Da trasmettere esclusivamente via fax al n. 081/7614387

All'Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri Napoli

Io sottoscritto Dr. _____

nato il _____ a _____

residente a _____ alla Via _____

laureato in Medicina e Chirurgia, iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi di Codesto Ordine

al N.....

**CHIEDO
di essere iscritto al Corso in fase di accreditamento ECM**

**“CORSO DI FORMAZIONE IN MATERIA DI
SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO”**

Chiedo che ogni eventuale comunicazione venga inviata al seguente indirizzo:

Recapito telefonico n. _____ CELL. _____

e-mail _____

Firma

Data _____