



# Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Palermo

---

---

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALLA DOCENZA  
"PROGETTO TRINACRIA" D.A. 2145 del 08/11/2016  
Obiettivi 2 e 3

COGNOME	NOME
LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA
INDIRIZZO	CITTA'
PROFESSIONE	DISCIPLINA
TELEFONO	MAIL

**Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara di aver maturato esperienza consolidata e specifica nella docenza sulle tematiche oggetto del corso di cui è data evidenza nel curriculum vitae e professionale e precisamente:**

- basic life support and defibrillation (BLS-D);
- pediatric basic life support (PBLIS) ;
- emergenze traumatologiche;
- immobilizzazione e trasporto del politraumatizzato (ITP);
- emergenza ostetrica/ginecologica;
- emergenze pediatriche;
- utilizzo delle apparecchiature di telemedicina -;
- elementi di protezione civile e di gestione delle maxiemergenze sanitarie - 6 ore
- guida del mezzo di soccorso
- avvicinamento all'elicottero
- responsabilità civile e penale del soccorritore
- auto protezione del soccorritore
- elementi di protezione civile
- ruolo del first responder nelle maxi emergenze
- psicologia relazionale e dell'emergenza
- simulazioni d'emergenza e maxiemergenza

**Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali";**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_