**Stowarzyszenie Higieny Lecznictwa Fundacja Instytut Profilaktyki Zakażeń**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **KURS SPECJALISTYCZNY DLA LEKARZY**

**UPRAWNIAJĄCY DO PEŁNIENIA FUNKCJI PRZEWODNICZĄCEGO ZESPOŁU KONTROLI ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH**

**Kierownik naukowy kursu: dr med. Paweł Grzesiowski**

**KURS SKŁADA SIĘ Z DWÓCH SESJI 4-DNIOWYCH (tryb hybrydowy)**

**uwaga nowy termin! I SESJA 11-14.03.2024 II SESJA 8-11.04.2024**

1. Imię i nazwisko ............................................................................................................... 2. Numer prawa wykonywania zawodu ……………………….Rok uzyskania dyplomu lekarza .............. 3. Tytuł zawodowy / stopień naukowy...............................................................

4. PESEL

5. Adres zamieszkania: kod……………….. miasto………………….ul. .............................................. 6. Nr tel. komórkowy ......................................Adres email................................................................. 7. Posiadane specjalizacje .......................................................................................................

8. Staż pracy w zawodzie lekarza................ lat.

9. Obecnie zajmowane stanowisko........................................................

10. Ukończone kursy w zakresie mikrobiologii / chorób zakaźnych / epidemiologii / zakażeń szpitalnych (organizator, rok ukończenia) ....................................................... ............................................................................................................................................... ...............................................................................................................................................

11. Doświadczenia dotychczasowe w kontroli zakażeń szpitalnych.......................................... ...............................................................................................................................................

12. Nazwa i adres miejsca pracy................................................................................................. ............................................................................................................................................... ...............................................................................................................................................

13. Nazwa i adres płatnika (dokładny) ………....................................................................... ...............................................................................................................................................

............................................................................................................................................... Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w powyższym formularzu zgłoszeniowym w celu organizacji kursu (obowiązek informacyjny na kolejnej stronie).

............................................ Miejscowość, data

................................................................. Podpis

Zgłoszenie (skan wypełnionego i podpisanego formularza) należy przesłać e-mailem na adres: konferencje@fipz.edu.pl do dnia 1.03.2024 r. Opłaty należy wnosić do dnia 10.03.2024 r.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Adres do korespondencji: biuro Zarządu SHL ul. Nugat 3 02-776 Warszawa**

**tel. kom.: 512 507 292; mail: konferencje@fipz.edu.pl**

**Stowarzyszenie Higieny Lecznictwa Fundacja Instytut Profilaktyki Zakażeń**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Obowiązek informacyjny wynikający z ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO)

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozp Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) informujemy, że :

1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Stowarzyszenie Higieny Lecznictwa z siedzibą Zarządu ul. Nugat 3 02-776 Warszawa tel: kom: 512507292; mail: [konferencje@fipz.edu.pl](mailto:konferencje@fipz.edu.pl)

2) Kontakt w sprawie ochrony danych e-mail: [konferencje@fipz.edu.pl](mailto:konferencje@fipz.edu.pl)

3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu organizacji konferencji, na podstawie Pani/Pana zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO).

4) Dane osobowe przechowywane będą do końca 2034 roku ze względu na konieczność prowadzenia rejestru wydanych zaświadczeń ukończenia kursu

5) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do innych podmiotów.

6) Posiada Pani/Pan prawo do dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania lub odwołania uprzednio udzielonej zgody.

7) Posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO. 8) Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże odmowa podania danych może skutkować odmową udziału w kursie, gdyż po jego ukończeniu wydajemy imienne zaświadczenie.

**ZASADY ORGANIZACJI I RAMOWY PROGRAM KURSU**

Stowarzyszenie Higieny Lecznictwa wraz z Fundacją „Instytut Profilaktyki Zakażeń” na podstawie art. 2 pkt 3 ust. 2 Ustawy o instytutach badawczych (Dz.U.2010.96.618) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych, (DZ.U.2010.108.706), organizuje kurs dla lekarzy w zakresie epidemiologii szpitalnej. Kurs obejmuje pełny zakres tematyczny dotyczący systemu kontroli zakażeń szpitalnych, w tym aspekty prawne, organizacyjne, epidemiologiczne, mikrobiologiczne oraz praktyczne procedury monitorowania, dekontaminacji, polityki antybiotykowej, postępowania w ognisku epidemicznym oraz bezpieczeństwa personelu medycznego. Zajęcia przygotowują do pełnienia funkcji i realizacji zadań przewodniczącego zespołu kontroli zakażeń szpitalnych określonych ustawą z dnia 5.12.2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U.2008.234.1570).

Uczestnicy otrzymują numerowane świadectwo ukończenia kuru uprawniające do pełnienia funkcji lekarza przewodniczącego zespołu kontroli zakażeń szpitalnych.

Kurs obejmuje 100 godzin wykładowych i warsztatów (dwie sesje) oraz 50 godzin zajęć praktycznych e-learningowych

SESJA I

SESJA II

11-14.03.2024 (godz.9.30-12.30; 15.00-18.00)

8-11.04.2024 (godz.9.30-12.30; 15.00-18.00)

Koszt kursu 3200\* zł (\*kwota netto dla instytucji finansowanych przynajmniej w 70% ze środków publicznych, dla pozostałych płatników doliczany jest 23% podatek VAT)

Wpłaty na konto: FUNDACJA INSTYTUT PROFILAKTYKI

KONTO ING 12 1050 1025 1000 0023 5294 4587 z dopiskiem „Kurs lekarze i nazwisko Uczestnika”

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Adres do korespondencji: biuro Zarządu SHL ul. Nugat 3 02-776 Warszawa**

**tel. kom.: 512 507 292; mail: konferencje@fipz.edu.pl**