



Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 31 OTT. 2018

**OGGETTO:** Autorizzazione e liquidazione PFA ECM: "Aggiornamento per addetti antincendi".  
Spesa complessiva € 1.730,00.

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal - 2 NOV. 2018 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione.

*Il Direttore Amministrativo*

IL DIRETTORE GENERALE	Dott.ssa Graziella Pintus
Coadiuvato dal	
Direttore Amministrativo	Dott.ssa Laura Balata
Direttore Sanitario	Dott. Vinicio Atzeni

**Su** proposta della SSD Formazione

**Acquisito** il Decreto Legislativo n. 502 del 30/12/1992 - Riordino della disciplina in materia sanitaria;

**Atteso** che il CCNL vigente predetermina la formazione continua del personale sanitario;

**Considerato** che l'Azienda, nello specifico il Servizio Prevenzione e Protezione vuole attivare il suddetto corso al fine dell'aggiornamento periodico dei lavoratori addetti alla prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione dell'emergenza ai sensi dell'art. 37, comma 9, del D.Lgs. 81/08, secondo le indicazioni di cui all'Accordo stato Regioni del 21.12.2011 e del DM 10.03.1998;

**Ritenuto** che l'attività formativa è rivolta al personale dell'Azienda per un totale 60 partecipanti suddivisi in due edizioni, sarà svolta sia da docenti esterni che da docenti interni fuori orario di servizio come da elenco autorizzato nel progetto;

**Valutato** il progetto formativo: "Aggiornamento per addetti antincendi" che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

**Con** il parere favorevole del Direttore Amministrativo nonché del Direttore Sanitario;

%



AO Brotzu

Segue Deliberazione n. 2320 del 31 OTT. 2018

## DELIBERA

Per i motivi espressi in premessa:

1. Di dover autorizzare il PFA ECM: "Aggiornamento per addetti antincendi", rivolto personale dell'Azienda per un totale 60 partecipanti suddivisi in due edizioni.
2. Di confermare che l'attività formativa sarà svolta sia da docenti esterni che da docenti interni fuori orario di servizio, come da elenco autorizzato nel progetto, che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale.
3. Di determinare che la spesa complessiva sarà pari a € 1.730,00 (millesettecentotrenta euro) onnicomprensiva, come da documentazione allegata al presente atto per farne parte integrante e sostanziale, da gravare sui Fondi Aziendali per l'aggiornamento professionale anno 2018.
4. Di autorizzare la S.C. Contabilità, Bilancio e Controllo di Gestione all'emissione dei relativi ordini di pagamento dietro presentazione della documentazione.
5. Di autorizzare la S.C. Servizio Gestione Sviluppo Risorse Umane al pagamento del docente interno.
6. Di imputare sul conto aziendale n. A506030204 la spesa complessiva è di € 1.730,00.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

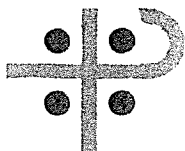
Dott.ssa Laura Balata

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. Vinicio Atzeni

IL DIRETTORE GENERALE

Dott.ssa Graziella Pintus



**RICHIESTA:**

**EVENTO FORMATIVO REGIONALE**   
**PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE**

*Aggiornamento per addetti antincendio*

**STRUTTURA PROPONENTE**

Servizio Prevenzione e Protezione

**OBIETTIVI**

- Aggiornamento periodico dei lavoratori addetti alla prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione dell'emergenza ai sensi dell'art 37, comma 9, del D.Lgs. 81/08, secondo le indicazioni di cui all' Accordo stato Regioni del 21.12.2011 e del DM 10.03.1998, con riferimento alla seguente classificazione:

<b>Macrosettore B7 Sanità – Servizi Sociali</b>	<b>Classificazione ATECO 2002/2007 Accordo Stato Regione del 21.12.2011 RISCHIO ALTO</b>  <b>DM 10.03.98, allegato IX – attività ospedali: RISCHIO DI INCENDIO ELEVATO</b>
---	--

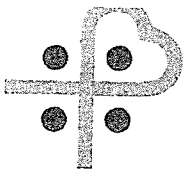
**CONTENUTI** (indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)

Le lezioni sono articolate in modo tale da affrontare in maniera completa ed esaustiva i principali argomenti in materia di lotta antincendio e gestione delle emergenze I contenuti sono presentati dal docente con metodo altamente interattivo, in modo da coinvolgere i discenti, sollecitarne l'interesse e favorire una discussione su casi pratici provenienti dalle loro esperienze.

**Acquisizione competenze tecnico-professionali, di processo e di sistema**

- *Aggiornamento per l'acquisizione di conoscenze e competenze specifiche in materia di lotta antincendio e gestione delle emergenze sul lavoro da parte del Dirigente secondo la definizione ex art. 2 del D.Lgs. 81/29008, al fine di mantenere l'idoneità di addetto antincendio,*
- *Art 37 D.lgs. 81/08 e Accordo Stato Regione 21.12.2011 (per la formazione dei lavoratori),*
- *DM 10.03.1998 e nota del Dipartimento VV.F. / Direzione Centrale per la formazione DCFORM del 23.11.2011, Prot.12653 (per la formazione degli addetti alla prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione dell'emergenza),*

**TIPOLOGIA DI EVENTO:**



**AO Brotzu**

**A) FORMAZIONE RESIDENZIALE**

- Congresso/simposio/convegno/meeting (minimo 4 ore)
- Seminario/tavola rotonda (minimo 4 ore)
- Conferenza (minimo 4 ore)
- Corso (minimo 4 ore)
- Retraining

**SEDE DI SVOLGIMENTO**

Si dispone di una sede di svolgimento per le attività previste dal progetto formativo?

SI  NO

Se no, sarà possibile individuare la sede del referente dell'Area Formazione.

Se si, indicare l'ubicazione

Struttura\_\_aule AOBrotzu\_\_\_\_\_

**SPAZI NECESSARI**

(Barrare le caselle di interesse)

- Aula multimediale (max n. 10-20 partecipanti)
- Aula multimediale (max n. 20-60 partecipanti)
- Aula con capienza di n. \_\_\_\_\_ partecipanti
- Sala conferenza per n. \_\_\_\_\_ partecipanti
- Altro (specificare)\_\_\_\_\_

**AUSILI DIDATTICI**

- LAVAGNA LUMINOSA
- LAVAGNA A FOGLI MOBILI
- PC
- VIDEOPROIETTORE
- ALTRO DA SPECIFICARE
- Estratto del Piano di Emergenza aziendale
- Registro della sicurezza antincendi
- Dispensa su sistemi di allarme
- Dispensa su attrezzature di protezione individuale, estintori e idranti.

**EDIZIONI E DATE**

Il progetto formativo si svolge in più edizioni?

SI  NO

Se Si, indicare le date di inizio e fine, se No, specificare la data di inizio e fine dell'unica edizione prevista.

Indicare numero massimo dei partecipanti per edizioni.

Sarà in ogni caso possibile richiedere una nuova edizione successivamente.

Edizione numero	Partecipanti per edizione	Data inizio (gg/mm/aaaa)	Data fine (gg/mm/aaaa)
1	30	8 novembre	8 novembre
1	30	22 novembre	22 novembre

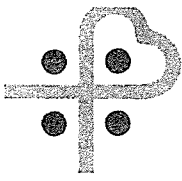
**PROFESSIONI**

UFFICIO FORMAZIONE RESP. Dott. Andrea Corrias

Tel. 070/539947/899/439 – Fax 070 539752 – e-mail : ufficioformazione@aob.it

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – REGIONE SARDEGNA

AZIENDA OSPEDALIERA G. BROTTU – Piazzale Alessandro Ricchi 1- 09134 Cagliari (Italia) – Tel. +39 (0)70 5391

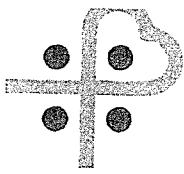


**AO Brotzu**

Indicare, tra quelle individuate dal Ministero della Salute, le professioni.

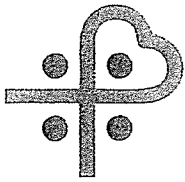
**PROFESSIONI SANITARIE**

- |  |          |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> <b>Farmacista</b>                                 | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Ospedaliera                                       | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Farmacia Territoriale                             | n. _____ |
|  |          |
| <input type="checkbox"/> <b>Medico chirurgo</b>                            | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Angiologia  | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia                                       | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Dermatologia e Venereologia                       | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Ematologia  | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Endocrinologia                                    | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologia                                 | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Genetica Medica                                   | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Geriatria   | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Malattie Metaboliche e Diabetologia               | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Malattie dell' Apparato Respiratorio              | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Malattie Infettive                                | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicina Fisica e Riabilitazione                  | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicina Interna                                  | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicina Termale                                  | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicina Aeronautica e Spaziale                   | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicina dello Sport                              | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Nefrologia  | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Neonatologia                                      | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Neurologia  | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Neuropsichiatria Infantile                        | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Oncologia   | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Pediatria   | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Psichiatria                                       | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Radioterapia                                      | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Reumatologia                                      | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Cardiochirurgia                                   | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Generale                                | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Maxillo - Facciale                      | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Pediatrica                              | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Plastica e Ricostruttiva                | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Toracica                                | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Vascolare                               | n. _____ |



## AO Brotzu

- |  |          |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia  | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Neurochirurgia  | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Oftalmologia  | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Ortopedia e Traumatologia   | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria  | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Urologia  | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Anatomia Patologica   | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Anestesia e Rianimazione  | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Biochimica Clinica  | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Farmacologia e Tossicologia Clinica   | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio di Genetica Medica  | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicina Trasfusionale  | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicina Legale   | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicina Nucleare   | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Microbiologia e Virologia   | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Neurofisiopatologia   | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Neuroradiologia   | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Patologia Clinica ( Laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia ) | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Radiodiagnostica  | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica                                       | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Igiene degli Alimenti e della Nutrizione                                      | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro                      | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicina Generale (Medici di Famiglia)  | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Continuità Assistenziale  | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Pediatria (Pediatri di libera scelta )  | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Scienza dell'alimentazione e dietetica  | n. _____ |
| <br>   |          |
| <input type="checkbox"/> Direzione medica di presidio ospedaliero                                      | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Organizzazione dei servizi sanitari di base                                   | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Audiologia e Foniatria  | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Psicoterapia  | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Privo di Specializzazione   | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Odontoiatra   | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Psicologo – Psicoterapeuta  | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Psicoterapia  | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Psicologia  | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Laureati non medici (specificare)   | n. _____ |



AO Brotzu

**PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA**

- Infermiere n. \_\_\_\_\_  
 Infermiere pediatrico n. \_\_\_\_\_  
 Ostetrica/o n. \_\_\_\_\_

**PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE**

- Podologo n. \_\_\_\_\_  
 Fisioterapista n. \_\_\_\_\_  
 Logopedista n. \_\_\_\_\_  
 Ortottista – Assistente di Oftalmologia n. \_\_\_\_\_  
 Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva n. \_\_\_\_\_  
 Tecnico Riabilitazione Psichiatrica n. \_\_\_\_\_  
 Terapista Occupazionale n. \_\_\_\_\_  
 Educatore Professionale n. \_\_\_\_\_

**PROFESSIONI SANITARIE DELLA PREVENZIONE**

- Assistente Sanitario n. \_\_\_\_\_  
 Dietista n. \_\_\_\_\_  
 Igienista Dentale n. \_\_\_\_\_  
 Tecnico della prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di lavoro n. \_\_\_\_\_

**ALTRE PROFESSIONI SANITARIE**

- Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Cardiovascolare n. \_\_\_\_\_  
 Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico n. \_\_\_\_\_  
 Tecnico Sanitario di Radiologia Medica n. \_\_\_\_\_  
 Tecnico Audiometrista n. \_\_\_\_\_  
 Tecnico Audioprotesista n. \_\_\_\_\_  
 Tecnico di Neurofisiopatologia n. \_\_\_\_\_  
 Tecnico Ortopedico n. \_\_\_\_\_

**X TUTTE LE PROFESSIONI**

n.60

**PROVENIENZA DEL PARTECIPANTE  
(indicare esterni)**

- X  ASL n. \_\_\_\_\_  
 Strutture private  
 Altri enti o amministrazioni pubbliche

**DURATA E ARTICOLAZIONE**

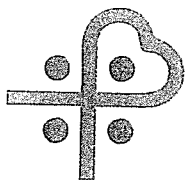
(Indicare la durata complessiva del progetto formativo con riferimento alle ore effettive di formazione previste dai vari eventi in cui si articola il progetto).

Durata complessiva dell'attività formativa: 17 ore ciascuna edizione di Ore 8 h e 30 min. di cui 5 teorico-pratiche e 3 di esercitazione con utilizzo di attrezzature di protezione individuale, estintori e idranti, e 30 min. di test di valutazione e chiusura lavori

**PROGRAMMA**

Si allega file del programma SI X NO

- X Fotocopie di testi  
 Slides  
 Testi/Libri  
 Riviste



AO Brotzu

- Cd
- Altri supporti

---

## VALUTAZIONE

### MODALITA' DI VERIFICA DELL'APPRENDIMENTO

- Effettuata tramite erogazione di test a risposta multipla (correzione prevista a conclusione del corso).
- La valutazione terrà conto anche delle abilità emerse durante l'esercitazione pratica e la simulazione.

X  Prova Pratica

X  role playing con griglia

prova manuale

Prova orale

strutturata

non strutturata

Prova scritta

tema

saggio

tesina

altro

Questionario (da allegare con indicazione delle risposte corrette)

Project Work

## VOCI DI SPESA

Ai fini della stima dei costi totali, quantificare le seguenti voci di spesa.

Docenza	€100 € X 16 h = € 1600
Pernottamento	€ 25,82 x 5h = € 129,10
Pasti	€
Spese di viaggio	€
Altro:	
1. materiale didattico	€
2. costo accreditamento	€
Totale	€ 1730

## FONTI DI FINANZIAMENTO

Indicare la percentuale del finanziamento previsto per le diverse fonti.

Autofinanziamento: \_\_\_\_\_ €

Quote di iscrizione: \_\_\_\_\_ €

## RESPONSABILE SCIENTIFICO E DOCENTI

Per il Responsabile Scientifico e i Docenti è necessario allegare il curriculum vitae, l'autocertificazione di assenza del conflitto di interessi e l'autorizzazione al trattamento dei dati personali.

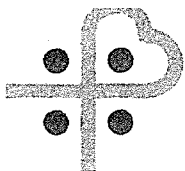
UFFICIO FORMAZIONE RESP. Dott. Andrea Corrias

Tel. 070/539947/899/439 – Fax 070 539752 – e-mail: ufficioformazione@aob.it

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – REGIONE SARDEGNA

AZIENDA OSPEDALIERA G. BROTZU – Piazzale Alessandro Ricchi 1- 09134 Cagliari (Italia) – Tel. +39 (0)70 5391





AO Brotzu

**Dati del Responsabile Scientifico:**

Il Responsabile Scientifico garantisce la validazione scientifica dei contenuti e della metodologia didattica.

Nome	BRUNO GIORGIO FRANCO	Cognome	FACEN
Qualifica	INGEGNERE - DIRIGENTE RUOLO	R.S.P.P.	
Struttura	SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE		
Telefono	070539478	Cellulare	3450203782
Fax	070539331	email	brunofacen@aob.it

**DOCENTI (dati dei docenti)**

Nome	BRUNO	Cognome	UTZERI
Telefono		Cellulare	3207996845
Fax		email	bruno@utzeri.it
Curriculum	si		

Nome	MAURO		LODDO
Telefono	070539377 - 3425037018		
Fax			
Curriculum		e-mail	mauroloddo@aob.it

**A) Motivazione della scelta scientifica:**

Condividere gli elementi portanti della **emergenza antincendi e dunque della sicurezza in Azienda**, anche rinforzando la **consapevolezza di ruolo** di addetti, finalizzata alla prevenzione dei rischi.

**B) Motivazione della scelta economica:**

I costi per la formazione sono conformi secondo quanto previsto dalla delibera della GR N. 32.79 DEL 24.07.2012 per docente esterno qualificato.

La docenza del docente interno e' retribuita secondo quanto previsto dal CCNL.

**C) Motivazione della scelta dei docenti:**

Il docente esterno è stato individuato sulla base delle competenze professionali specialistiche in grado di offrire ai partecipanti elementi didattici sia teorici che pratici in materia di sicurezza e salute sul lavoro, ed inoltre in quanto riveste il ruolo di RTSA in Azienda.

Il docente interno è individuato per competenze ed esperienza specifica nelle materie oggetto del corso.

**A) Docenti Interni:**

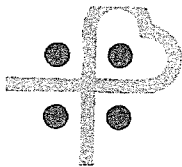
in orario di servizio

fuori orario di servizio

**B) Docenti Esterni:**

La richiesta deve essere compilata in ogni sua parte. Deve essere firmata, timbrata e presentata all'Ufficio Formazione dal Responsabile del Dipartimento, della Struttura Complessa o della Struttura Semplice Dipartimentale, **60 giorni prima dell'inizio delle attività formative previste nel progetto.**

**Luogo:** Cagliari **Data (gg/mm/aaaa):** \_\_\_\_\_



**AO Brotzu**  
Nome e cognome (in stampatello)  
Direttore Generale

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"  
IL DIRETTORE GENERALE  
Dott.ssa Graziella Pintus  
Dott.ssa Graziella Pintus

*[Handwritten signature]*

Nome e cognome (in stampatello)  
Il Responsabile della struttura organizzativa,  
(Struttura Complessa, Struttura Semplice,  
Dipartimentale)

Ing. Bruno Facen

Timbro e Firma (leggibile)

IL RESPONSABILE  
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE  
Ing. Bruno Facen

Il Responsabile della struttura organizzativa  
(Struttura Complessa, Struttura Semplice  
Dipartimentale)

*[Handwritten signature]*

Nome e cognome (in stampatello)  
Il Direttore del Dipartimento  
Timbro e Firma (leggibile)  
Il Direttore del Dipartimento

Nome e Cognome (In stampatello) Dott. Andrea Corrias  
Responsabile Ufficio Formazione - AO Brotzu  
Timbro e firma (leggibile) UFFICIO

Resp.: Dott.

*[Handwritten signature]*

**NOTE:**

Allegare ed inviare via Mail (Ufficioformazione@aob.it):

- 1) Progetto;
- 2) Questionario con 4 risposte per ogni domanda, indicazione della risposta corretta ed almeno 25 domande;
- 3) CV Responsabile Scientifico e CV Docenti, formato europeo di due pagine (datato e firmato in originale);
- 4) Programma ecm

Allegare in formato cartaceo

- 1) Preventivi;
- 2) CV Responsabile Scientifico e CV Docenti, formato europeo di due pagine firmato e datato in originale

**PFA: "AGGIORNAMENTO PER GLI ADDETTI ANTINCENDIO"**

1° Edizione – 08 novembre 2018

2° Edizione – 22 novembre 2018

**Programma didattico dettagliato**

Sessione 1 mattina	Inizio	Fine		Metodologia	Docente
Dettaglio 1	8.30	10.30	<i>L'incendio e la prevenzione incendi</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Principi sulla combustione e l'incendio;</li> <li>• Le sostanze estinguenti;</li> <li>• Triangolo della combustione;</li> <li>• Le principali cause d'incendio;</li> <li>• Rischi alle persone in caso d'incendio;</li> <li>• Principali accorgimenti e misure per prevenire gli incendi.</li> </ul>	RTP	BRUNO UTZERI
Dettaglio 2	10.30	12.30	<i>Protezione antincendio e procedure da adottare in caso d'incendio</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le principali misure di protezione contro gli incendi;</li> <li>• Vie di esodo;</li> <li>• Procedure da adottare quando si scopre un incendio o in caso di allarme;</li> <li>• Procedure per l'evacuazione;</li> <li>• Rapporti con i Vigili del Fuoco;</li> <li>• Attrezzature ed impianti di estinzione;</li> </ul>	RTP	BRUNO UTZERI
Dettaglio 3	12.30	13.30	<i>Protezione antincendio e procedure da adottare in caso d'incendio</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistemi di allarme;</li> <li>• Segnaletica di sicurezza;</li> <li>• Illuminazione di emergenza.</li> </ul>	RTP	BRUNO UTZERI
	13.30	14.30	<i>Pausa pranzo</i>		
Dettaglio 5	14.30	15.30	<i>Esercitazioni pratiche – Parte preliminare</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presa visione del registro della sicurezza antincendi e chiarimenti sui mezzi di estinzione più diffusi;</li> <li>• Presa visione e chiarimenti sulle attrezzature di protezione individuale;</li> </ul>	DT	BRUNO UTZERI
Dettaglio 6	15.30	17.30	<i>Esercitazioni pratiche</i> Esercitazione sull'utilizzo degli estintori portatili e modalità di utilizzo di naspi ed idranti.	ED	BRUNO UTZERI MAURO LODDO
Dettaglio 7	17.30	18.00	CHIUSURA LAVORI E COMPILAZIONE QUESTIONARIO ECM	RTP	MAURO LODDO

