

FORMAZIONE OBBLIGATORIA **PREVENZIONE DELLE LUDOPATIE**

PER ATTIVITÀ COMMERCIALI CON SALE DA GIOCO, VIDEOPOKER,
LOTTERIE ISTANTANEE O SIMILI

(Legge Regionale n. 3 del 07.02.2017 e DGR 841 del 24.07.2017)

Chi deve
partecipare :

Attività formativa obbligatoria per gli esercenti titolari/soci, nonché collaboratori familiari e tutto il personale dipendente a tempo indeterminato, (solo per le attività stagionali anche il personale a tempo determinato) impiegato nelle sale da gioco o biliardo, esercizi commerciali o pubblici, circoli privati ed associazioni o nelle aree aperte al pubblico, autorizzati alla pratica del gioco o all'installazione di apparecchi da gioco ai sensi degli art. 86 e 88 del regio decreto 18.06.1931 n. 773. Sono tenuti ad ottemperare all'obbligo formativo anche esercizi commerciali che praticano giochi con vincite in denaro quali Lotto, Enalotto, Winfrolife e tutte le lotterie istantanee "Gratta e vinci".

- **I soggetti interessati sono tenuti ad ottemperare all'obbligo formativo ENTRO IL 3 MARZO 2019.**
- **I nuovi gestori dovranno assolvere il suddetto obbligo formativo ENTRO 6 MESI DALL'INSTALLAZIONE delle apparecchiature da gioco.**

AGGIORNAMENTO PREVISTO OGNI 4 ANNI.

*Il mancato rispetto dell'obbligo di formazione comporta sanzioni da € 1.000 a € 6.000.
L'attività di vigilanza in merito al rispetto della L.Reg. di riferimento è esercitata dai Comuni.*

Programma

Data del corso:

1° lezione	• LUNEDÌ 18 FEBBRAIO 2019
2° lezione	• LUNEDÌ 25 FEBBRAIO 2019
3° lezione	• LUNEDÌ 4 MARZO 2019

Durata e Orario del corso:

• 12 ORE totali	○ dalle 14.00 alle 18.00
+ test finale	<i>(orari validi per tutte le giornate di lezione)</i>

In base alle disposizioni normative è obbligatorio frequentare il 100% delle ore di formazione previste

Argomenti:

- Disciplina nazionale e regionale di riferimento relativa al gioco d'azzardo.
- Definizione e caratteristiche del gioco d'azzardo patologico: insorgenza e sviluppo del disturbo da dipendenza.
- Indicatori di comportamenti patologici negli avventori.
- Diritti, doveri, compiti e ruolo dei gestori di sale da gioco con particolare riferimento all'adozione di comportamenti di prevenzione, contrasto e riduzione del rischio di dipendenza da parte dei relativi clienti.
- Definizioni e aspetti della dipendenza da gioco d'azzardo.
- Tecniche di comunicazione e di approccio al cliente potenzialmente a rischio di ludopatia.
- Reti e strutture territoriali preposte alla prevenzione e cura della ludopatia.
- Verifica finale

Costo del corso: **L'importo del corso è € 90,00 (+ iva) a partecipante**
da pagarsi al momento dell'avvenuta CONFERMA DELL'AVVIO DEL CORSO.
E' previsto uno sconto per più iscritti appartenenti alla stessa ditta (15% dai tre partecipanti in su)

Sede del corso : **Geco Consulting srl** - Referente del corso: Dott.ssa Lisei Elisa
Via P. Gobetti, 1 – Mondavio (PU) – Fraz. San Michele al Fiume

Al termine del programma formativo, previa prova di verifica finale, verrà rilasciato attestato di frequenza secondo le modalità previste dalla normativa di riferimento.

MODULO DI ADESIONE CORSO DI FORMAZIONE PREVENZIONE DELLE LUDOPATIE

DA INVIARE TRAMITE fax **0721/987811** oppure posta elettronica lisei@gecoconsulting.it

Tutti i campi sono **OBBLIGATORI**

I moduli di adesione dovranno pervenire **entro il 15 FEBBRAIO 2019**; per le iscrizioni arrivate dopo la data indicata non potrà essere garantito il posto in sala corsi.

IL / LA SOTTOSCRITT_ _____

IN QUALITÀ DI _____

DELLA DITTA _____

CON SEDE LEGALE IN _____ VIA _____

Iscrizione alla CCIAA di _____ n. REA _____ DEL _____

PARTITA IVA _____ COD. UNIVOCO SDI _____

TELEFONO _____ E-MAIL _____

I N C A R I C A IL PERSONALE INDICATO, A PARTECIPARE AL
CORSO DI FORMAZIONE PREVENZIONE DELLE LUDOPATIE
PREVISTO DALL'ART. 8 DELLA LEGGE REGIONALE N°3 DEL 7.2.2017

Programma

Data del corso: **1° lezione** • **LUNEDÌ 18 FEBBRAIO 2019**
 2° lezione • **LUNEDÌ 25 FEBBRAIO 2019**
 3° lezione • **LUNEDÌ 4 MARZO 2019**

Durata e Orario del corso: • **12 ORE totali** ○ **dalle 14.00 alle 18.00**
 + test finale *(orari validi per tutte le giornate di lezione)*

Sede del corso: **Geco Consulting srl**
 Via P. Gobetti, 1 – Mondavio (PU) - Fraz. S. Michele al Fiume
Referente del corso: Dott.ssa Lisei Elisa
Tel. 0721.987027 interno 3 Fax 0721.987811 Email lisei@gecoconsulting.it

Pagamento: da effettuarsi al momento dell'avvenuta **CONFERMA DELL'AVVIO DEL CORSO** tramite:
- **BONIFICO BANCARIO** di € 90,00 + iva = € 109,80
intestato a: **GECO CONSULTING SRL - BCC Pergola e Corinaldo - Ag. S. Lorenzo in Campo**
IBAN: IT 91 N 08731 68580 0000 20181748 (spedire copia contabile a lisei@gecoconsulting.it)
OPPURE
- **RIMESSA DIRETTA** di € 90,00 + iva = € 109,80 pagabile entro la prima lezione del corso presso il ns. ufficio amministrazione

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI: In riferimento alla normativa sulla tutela dei dati personali e loro libera circolazione, Vi comunichiamo che le informazioni acquisite verranno utilizzate solo al fine di registrare la partecipazione al corso di formazione e per le relative finalità amministrative ed esecutive nel rispetto dei principi sanciti dalla normativa stessa. All'interessato sono garantiti i diritti previsti dal Regolamento Europeo 679/2018 e che possono essere fatti valere scrivendo a privacy@gecoconsulting.it. L'informativa estesa può essere consultata sul nostro sito www.gecoconsulting.it

_____, Li _____

Timbro e firma _____

**COMPILARE TABELLA “DATI PARTECIPANTI”
 per ogni persona che intende svolgere la formazione**

COGNOME E NOME PARTECIPANTE	
LUOGO NASCITA	
DATA NASCITA	
CODICE FISCALE	
TITOLO DI STUDIO	
N. DOCUMENTO IDENTITÀ VALIDO	
DATA RILASCIO DEL DOCUMENTO	
ENTE CHE HA RILASCIATO IL DOCUMENTO	
QUALIFICA (indicare con X)	() Titolare () Dipendente

COGNOME E NOME PARTECIPANTE	
LUOGO NASCITA	
DATA NASCITA	
CODICE FISCALE	
TITOLO DI STUDIO	
N. DOCUMENTO IDENTITÀ VALIDO	
DATA RILASCIO DEL DOCUMENTO	
ENTE CHE HA RILASCIATO IL DOCUMENTO	
QUALIFICA (indicare con X)	() Titolare () Dipendente

COGNOME E NOME PARTECIPANTE	
LUOGO NASCITA	
DATA NASCITA	
CODICE FISCALE	
TITOLO DI STUDIO	
N. DOCUMENTO IDENTITÀ VALIDO	
DATA RILASCIO DEL DOCUMENTO	
ENTE CHE HA RILASCIATO IL DOCUMENTO	
QUALIFICA (indicare con X)	() Titolare () Dipendente