

(ALLEGATO B)

Giunta Regionale della Campania
D.G. 204.03.00 “Direzione Generale per la Tutela della Salute e
Coordinamento del S.S.R.”
U.O.S 204.03.01
Qualità delle Cure, Reti e Percorsi
ospedaliera.dae@pec.regione.campania.it

OGGETTO: DGR n. 621 del 15 novembre 2011 – Programma Unico Regionale per la diffusione dei defibrillatori semiautomatici esterni. Richiesta di accreditamento/riaccredimento.

Il sottoscritto _____, in qualità di rappresentante legale dell’Ente _____
con sede in _____ chiede di ottenere l’accreditamento/riaccredimento per la
Formazione in BLSD della struttura (*definire la denominazione della struttura da accreditare/riaccredire*)
_____.

A tal fine dichiara

ai sensi degli *art. 2 e 4 della legge 15/68 ed 1 e 2 del D.P.R. 430/98*, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell’*art. 26 della legge 15/68*:

- A. che la proposta formativa sarà conforme alle linee di indirizzo regionali allegate al bando;
- B. che il Direttore Scientifico del corso è il Dott. _____
con specializzazione in _____ conseguita il __ / __ / ____
presso _____;
- C. che i docenti che saranno impegnati nella formazione sono (ALMENO 5 DOCENTI):
 - 1. Sig./Dott. _____ nato a _____ il __ / __ / ____
istruttore BLSD con certificazione conseguita presso _____ e percorso
didattico di formatore in _____
(indicare le qualifiche, docenze e dove sono state effettuate), _____ n. di corsi BLSD

effettuati per anno;

2. Sig./Dott. _____ nato a _____ il __/__/____
istruttore BLSD con certificazione conseguita presso _____ e percorso
didattico di formatore in _____
(indicare le qualifiche, docenze e dove sono state effettuate), _____ n. di corsi BLSD
effettuati per anno;
3. Sig./Dott. _____ nato a _____ il __/__/____
istruttore BLSD con certificazione conseguita presso _____ e percorso
didattico di formatore in _____
(indicare le qualifiche, docenze e dove sono state effettuate), _____ n. di corsi BLSD
effettuati per anno;
4. Sig./Dott. _____ nato a _____ il __/__/____
istruttore BLSD con certificazione conseguita presso _____ e percorso
didattico di formatore in _____
(indicare le qualifiche, docenze e dove sono state effettuate), _____ n. di corsi BLSD
effettuati per anno;
5. Sig./Dott. _____ nato a _____ il __/__/____
istruttore BLSD con certificazione conseguita presso _____ e percorso
didattico di formatore in _____
(indicare le qualifiche, docenze e dove sono state effettuate), _____ n. di corsi BLSD
effettuati per anno;

D. Che la segreteria che curerà la parte amministrativa e la conservazione della documentazione
dei corsi è ubicata in _____;

E. Che le attrezzature messe a disposizione per la formazione sono le seguenti:

- n° _____ manichini;
n° _____ DAE didattici;
n° _____ zaini di soccorso forniti di _____;
n° _____ dispense.

Non essendo provvisoriamente accreditati ai sensi del programma “CUORE SICURO CAMPANIA” di cui
alla *DELIBERA Giunta Regionale n. 621 del 15.11.2011 pubblicata sul BURC n° 76* si allegano l’atto
costitutivo e lo statuto dell’Ente.

Il sottoscritto chiede che qualsiasi comunicazione avvenga al seguente indirizzo di posta elettronica:

_____@_____

Per eventuali contatti telefonici si riportano di seguito i recapiti telefonici della segreteria e del rappresentante legale:

- RAPPRESENTANTE LEGALE: _____
- SEGRETERIA: _____

luogo_____, data __ / __ / ____

In fede
