CENSIMENTO DEFIBRILLATORI SEMI-AUTOMATICI ESTERNI

art. 14, punto 10 di cui all' "allegato A" del presente decreto

Compilare in seguito all'installazione del DAE e inviare via pec

Alla Regione Campania
Direzione Generale Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale
Settore Assistenza Ospedaliera - UOS Qualità delle Cure, Reti e Percorsi
PEC: *ospedaliera.dae@pec.regione.campania.it*

OGGETTO: Censimento defibrillatori semi-automatici esterni.

ANAGRAFICA APPARECCHIATURA

Costruttore _____

Modello _____ Matricola _____

REFERENTE DAE

Nome _____ Cognome _____

e-mail _____ Tel. _____

POSTAZIONE

☐ FISSA ☐ MOBILE (su autovettura, camion, ecc.)

UBICAZIONE (se mobile si intende la sede di riferimento del referente)

Denominazione della sede_____

tipologia struttura (es. scuola, impianto, sportivo, impresa privata, ecc.)_____

Provincia_____ Comune_____ Località_____

indirizzo_____civico_____

coordinate geografiche (se disponibili)_____

Latitudine_____ Longitudine_____

NOTE DI ACCESSO ALLA SEDE

Breve descrizione del posizionamento de DAE (es. vicino distributore di bevande, teca esterna)

_____

Modalità di accesso alla Sede (es. identificarsi alla portineria)

_____

fonte: http://burc.regione.campania.it

DISPONIBILITÀ

Dal mese _____ al mese _____

Orario:

☐ Non definito

☐ H24

☐ Parziale:

- Lunedì dalle ore alle ore
- Martedì dalle ore alle ore
- Mercoledì dalle ore alle ore
- Giovedì dalle ore alle ore
- Venerdì dalle ore alle ore
- Sabato dalle ore alle ore
- Domenica dalle ore alle ore

MANUTENZIONE

Scadenze elettrodi adulti _____

Scadenze elettrodi pediatrici (barrare se non presenti) _____

Scadenze batterie _____

Ai sensi del *D.Lgs. 196/2003* e del *Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR)*, si presta il consenso al trattamento dei dati personali forniti.

Data _____ Firma _____

fonte: http://burc.regione.campania.it