

(Allegato B)

Giunta Regionale della Campania

Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il

Coordinamento del S. S.R.

U.O.D. 06 Assistenza Ospedaliera

CENTRO DIREZIONALE- ISOLA C 3

80143 NAPOLI

Oggetto: DGR n 621 del 15 novembre 2011 - Programma Unico Regionale per la diffusione dei defibrillatori semiautomatici esterni. Richiesta accreditamento.

Il sottoscritto _____, in qualità di rappresentante legale dell'Ente _____ con sede in _____ chiede di ottenere l'accreditamento alla formazione in BLSD del (*definire la denominazione della struttura da accreditare* _____)

A tal fine dichiara

ai sensi degli art. 2 e 4 della legge 15/68 ed 1 e 2 del D.P.R. 403/98, e 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 guida regionali ;

B. che il direttore scientifico del corso è il dott _____ con diploma specialistico in _____ conseguito il _____ presso _____;

C. che i docenti che saranno impegnati nella formazione sono (ALMENO 5 DOCENTI):

1. sig./dott _____ nato a _____ Il _____ che svolge attività lavorativa con qualifica di _____ presso l'U.O _____ esecutore BLSD con certificazione conseguita presso _____ e percorso didattico di formatore in _____ (*indicare le qualifiche, docenze e dove sono state effettuate*) _____
n° corsi BLSD effettuati per anno _____;

2. sig./dott _____ nato a _____ Il _____ che svolge attività lavorativa

con qualifica di _____ presso l'U.O. _____ esecutore BLSD con
certificazione conseguita presso _____ e percorso didattico di formatore in
_____ (indicare le qualifiche, docenze e dove sono state effettuate) _____
n° 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 del 12.12.2011 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:

Distinti saluti, li

in fede