

Giunta Regionale della Campania
Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il
Coordinamento del Sistema Sanitari Regionale
U.O.D. 04 Assistenza Ospedaliera
ospedaliera.dae@pec.regione.campania.it

## **CENSIMENTO DEFIBRILLATORI SEMI-AUTOMATICI ESTERNI**

Compilare in seguito all'installazione del DAE ed inviare via mail come da schema riportato in nota (\*).

Anagrafica apparecchiatura		
Costruttore	Modello	
Matricola  Referente del DAE (necessario per le comunicazioni future)		
Nome	Cognome	
E-MAIL		
Telefono Telefono per attivazione		
(opzionale)		
Postazione: FISSA ☐ MOBILE ☐ (su autovettura, camion, etc)		
<b>Ubicazione</b> (se MOBILE, si intende la sede di riferimento del referente)		
,	<u>'</u>	
Denominazione dell	a Sede	
Tipologia struttura (e	es. scuola, impianto sportivo, impresa privata, etc)	
Provincia	Comune	
Località		
	Civico	
Coordinate geogra	fiche (se disponibili)	
Latitudine	Longitudine	
Note di accesso alla sede		
	el posizionamento del DAE (es: vicino distributore bevande, teca	
Modalità di Accesso alla Sede (es: identificarsi alla portineria)		



Giunta Regionale della Campania
Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il
Coordinamento del Sistema Sanitari Regionale
U.O.D. 04 Assistenza Ospedaliera
ospedaliera.dae@pec.regione.campania.it

## CENSIMENTO DEFIBRILLATORI SEMI-AUTOMATICI ESTERNI

## Disponibilità

Dal mese	al mese		
<b>Orario</b> : Non de	efinito 🗆 H 24 🗖 Parziale 🗖 (sp	oecificare sotto)	
<b>Giornaliera</b> Lunedì dalle	_alle; Martedì dalle alle;	Mercoledì dalle alle	
Giovedì dalle	_ alle; Venerdì dalle alle;	Sabato dalle alle	
Domenica dalle_	alle		
Scadenze di man	utenzione		
Scadenza elettro	di adulti:		
Scadenza elettrodi pediatrici:		(barrare se NON presenti)	
Scadenza batteri	e:		
Ai sensi del D.Lgs. 196/03 do il mio consenso al trattamento dei dati forniti			
Data	Firma		