

**ALLEGATO B**

**Giunta Regionale della Campania**  
Settore Assistenza Ospedaliera e Sovrintendenza  
sui Servizi Regionali per l'Emergenza  
Coordinamento regionale Programma unico regionale  
per la diffusione dei defibrillatori

Centro Direzionale – Isola C 3

80143 NAPOLI

*Agc20.sett05@pec.regione.campania.it*

Oggetto: Richiesta accreditamento alla formazione - D.G.R.C. . 621 del 15.11.2011.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di rappresentante legale dell'Ente \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_ chiede di ottenere l'accreditamento alla formazione in BLS-D 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:

- che la proposta formativa sarà conforme alle linee guida indicate nella Delibera della Giunta Regionale n. 621 del 15.11.2011 pubblicata sul BURC n°76 del 12.12.2011;

- che il direttore scientifico del corso è il dott \_\_\_\_\_ con diploma specialistico in \_\_\_\_\_ conseguito il presso \_\_\_\_\_

- che i docenti che saranno impegnati nella formazione sono:

1. sig./dott \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ che svolge attività lavorativa con \_\_\_\_\_ qualifica di \_\_\_\_\_ presso l'U.O \_\_\_\_\_ esecutore BLS-D con certificazione conseguita presso \_\_\_\_\_ e percorso didattico di formatore in \_\_\_\_\_

(*indicare le qualifiche, docenze e dove sono state effettuate*)

n° corsi BLS-D effettuati nell'ultimo triennio \_\_\_\_\_

2. sig./dott \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ che svolge attività lavorativa

con \_\_\_\_\_ qualifica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_presso l'U.O  
\_\_\_\_\_esecutore BLSO con certificazione conseguita  
presso \_\_\_\_\_e percorso didattico di  
formatore  
in \_\_\_\_\_

*(indicare le qualifiche, docenze e dove sono state effettuate)*

3.sig./dott \_\_\_\_\_ nato  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ che svolge attività lavorativa  
con \_\_\_\_\_ qualifica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_presso l'U.O  
\_\_\_\_\_esecutore BLSO con certificazione conseguita  
presso \_\_\_\_\_e percorso didattico di  
formatore  
in \_\_\_\_\_

*(indicare le qualifiche, docenze e dove sono state effettuate)*

n° corsi BLSO effettuati nell'ultimo triennio \_\_\_\_\_

4.sig./dott \_\_\_\_\_ nato  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ che svolge attività lavorativa  
con \_\_\_\_\_ qualifica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_presso l'U.O  
\_\_\_\_\_esecutore BLSO con certificazione conseguita  
presso \_\_\_\_\_e percorso didattico di  
formatore  
in \_\_\_\_\_

*(indicare le qualifiche, docenze e dove sono state effettuate)*

n° corsi BLSO effettuati nell'ultimo triennio \_\_\_\_\_

5.sig./dott \_\_\_\_\_ nato  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ che svolge attività lavorativa  
con \_\_\_\_\_ qualifica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_presso l'U.O  
\_\_\_\_\_esecutore BLSO con certificazione conseguita  
presso \_\_\_\_\_e percorso didattico di  
formatore  
in \_\_\_\_\_

*(indicare le qualifiche, docenze e dove sono state effettuate)*

n° corsi BLSO effettuati nell'ultimo triennio \_\_\_\_\_

- che le strutture in cui saranno effettuati i corsi sono ubicate \_\_\_\_\_ sono composte di n° \_\_\_ aule, di cui \_\_\_ per la didattica frontale

- che le attrezzature messe a disposizione per la formazione sono le seguenti:

n° \_\_\_ manichini

n° \_\_\_ DAE didattici

n° \_\_\_ zaini di soccorso forniti di \_\_\_\_\_

Non essendo provvisoriamente accreditati ai sensi del programma “Cuore sicuro Campania” di cui al 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:

Distinti saluti, li

in fede