

Giunta Regionale della Campania

Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il

Coordinamento del S. S.R.

Al coordinamento regionale programma unico regionale

per la diffusione dei defibrillatori

c/o U.O.D. 06 Assistenza Ospedaliera

dg.04@pec.regione.campania.it

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,:

- che la proposta formativa sarà conforme alle linee guida regionali
- 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:
 - 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 _____
 - 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 _____

- che la segreteria che curerà la parte amministrativa e la conservazione della documentazione dei corsi è ubicata in _____

- 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:

Distinti saluti, li

in fede