

(Allegato B)

Giunta Regionale della Campania  
Direzione Generale per la Tutela della Salute e  
Coordinamento del S.S.R.  
U.O.D. 04 Assistenza Ospedaliera  
Pec: dg04.ospedaliera@pec.regione.campania.it

80143 NAPOLI

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

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, in qualità di rappresentante legale dell'Ente \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_ chiede di ottenere l'accREDITAMENTO/riaccredimento alla formazione in BLS-D della struttura (definire la denominazione della struttura da accreditare/riaccredire)

---

***A tal fine dichiara***

ai sensi degli art. 2 e 4 della legge 15/68 ed 1 e 2 del D.P.R. 430/98, 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 allegate al bando;
- 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. \_\_\_\_\_ istruttore BLS-D con certificazione conseguita presso \_\_\_\_\_ e percorso didattico di formatore in \_\_\_\_\_ (indicare le qualifiche, docenze e dove sono state effettuate) \_\_\_\_\_ n° di corsi BLS-D effettuati per anno \_\_\_\_\_;

2. Sig./dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ che svolge attività lavorativa con qualifica di \_\_\_\_\_ presso l'U.O. \_\_\_\_\_ istruttore BLSL con certificazione conseguita presso \_\_\_\_\_ e percorso didattico di formatore in \_\_\_\_\_ (indicare le qualifiche, docenze e dove sono state effettuate) \_\_\_\_\_ n° di corsi BLSL effettuati per anno \_\_\_\_\_;
3. Sig./dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ che svolge attività lavorativa con qualifica di \_\_\_\_\_ presso l'U.O. \_\_\_\_\_ istruttore BLSL con certificazione conseguita presso \_\_\_\_\_ e percorso didattico di formatore in \_\_\_\_\_ (indicare le qualifiche, docenze e dove sono state effettuate) \_\_\_\_\_ n° di corsi BLSL effettuati per anno \_\_\_\_\_;
4. Sig./dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ che svolge attività lavorativa con qualifica di \_\_\_\_\_ presso l'U.O. \_\_\_\_\_ istruttore BLSL con certificazione conseguita presso \_\_\_\_\_ e percorso didattico di formatore in \_\_\_\_\_ (indicare le qualifiche, docenze e dove sono state effettuate) \_\_\_\_\_ n° di corsi BLSL effettuati per anno \_\_\_\_\_;
5. Sig./dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ che svolge attività lavorativa con qualifica di \_\_\_\_\_ presso l'U.O. \_\_\_\_\_ istruttore BLSL con certificazione conseguita presso \_\_\_\_\_ e percorso didattico di formatore in \_\_\_\_\_ (indicare le qualifiche, docenze e dove sono state effettuate) \_\_\_\_\_ n° di corsi BLSL 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 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