

(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 BLSD 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 BLSD con certificazione conseguita presso _____ e percorso didattico di formatore in _____ (indicare le qualifiche, docenze e dove sono state effettuate) _____ n° di corsi BLSD effettuati per anno _____;

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

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

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

5. Sig./dott. _____ nato a _____ il _____ che svolge attività lavorativa con qualifica di _____ presso l'U.O. _____ istruttore BLSD con certificazione conseguita presso _____ e percorso didattico di formatore in _____ (indicare le qualifiche, docenze e dove sono state effettuate) _____ n° di 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 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, lì

In fede