

**REGIONE PUGLIA****DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI****RICHIESTA DI INCLUSIONE NEL REGISTRO DEI CENTRI DI FORMAZIONE BLS-D ACCREDITATI NELLA REGIONE PUGLIA**

DECRETO MINISTERIALE 18 MARZO 2011 ALL. A) III CO. s.m.i.

AL DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL  
BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI.  
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA  
SERVIZIO STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA  
TERRITORIALE  
VIA GENTILE, 52 70126 BARI

IL SOTTOSCRITTO

NOME

COGNOME

CODICE FISCALE

NATO/A

PROV.

IL

RESIDENTE IN

PROV.

VIA

N.

CAP

LEGALE RAPPRESENTANTE DELL'ENTE (RAGIONE SOCIALE)

SEDE LEGALE SITA IN

PROV.

VIA

N.

CAP

PARTITA IVA E/O CODICE FISCALE

TEL.

E-MAIL

PEC

# DICHIARA

**CONSAPEVOLE CHE CHIUNQUE RILASCIA DICHIARAZIONI MENDACI E' PUNITO AI SENSI DEL CODICE PENALE E DELLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA, AI SENSI E PER GLI EFFETTI DELL'ART. 46 D.P.R. n. 445/2000, DI POSSEDERE AI FINI DELLA RICHIESTA DI INCLUSIONE NEL REGISTRO DEI CENTRI DI FORMAZIONI BLS-D ACCREDITATI NELLA REGIONE PUGLIA I SEGUENTI REQUISITI:**

## 1. RESPONSABILE MEDICO

NOME

COGNOME

CODICE FISCALE

NATO/A PROV. IL

RESIDENTE IN PROV.

VIA N. CAP

ORDINE DEI MEDICI DI N. ISCRIZIONE

TEL.

E-MAIL

PEC

## 2. ELENCO ISTRUTTORI

NOME	COGNOME	CERTIFICAZIONE N.	SOC. CERTIFICATRICE	ULTIMO CORSO EFFETTUATO





# CHIEDE

## DI OTTENERE L'INCLUSIONE NEL REGISTRO DEI CENTRI DI FORMAZIONE BLS-D ACCREDITATI NELLA REGIONE PUGLIA

CENTRO DI FORMAZIONE RICHIEDENTE

SEDE LEGALE SITA IN

PROV.

VIA

N.

CAP

SEDE OPERATIVA SITA IN

PROV.

VIA

CAP

PARTITA IVA E/O CODICE FISCALE

TEL.

E-MAIL

PEC

**al fine di effettuare corsi di formazione rivolti a personale non medico per il sostegno di base delle funzioni vitali e defibrillazione (BLS-D)**

LUOGO E DATA

TIMBRO E FIRMA LEGALE RAPPRESENTANTE

### DICHIARA ALTRESI' DI ALLEGARE

- 1.) N. COPIA DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA' LEGALE RAPPRESENTANTE
- 2.) N. VISURA/E CAMERALE ENTE RICHIEDENTE
- 3.) N. COPIA DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA' DEL RESPONSABILE MEDICO
- 4.) N. COPIA TESSERINO ALBO DEI MEDICI
- 5.) N. COPIA DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA' ISTRUTTORI
- 6.) N. COPIA CERTIFICAZIONI ISTRUTTORI
- 7.) N. COPIA E/O STAMPE MATERIALE DIDATTICO
- 8.) N. COPIA ATTESTANTE N. IDENTIFICATIVO DELLE ATTREZZATURE DIDATTICHE INSERITE IN DOMANDA
- 9.) N. COPIA DOCUMENTI ATTESTANTI DIPONIBILITA' SEDE OPERATIVA

LUOGO E DATA

TIMBRO E FIRMA LEGALE RAPPRESENTANTE

