

ALLEGATO 3

COMUNICAZIONE DI AVVIO DEL/I CORSO/I

Al Direttore dell'Emergenza territoriale / Responsabile PAD

Azienda -----

Via -----

oggetto: comunicazione dello svolgimento del corso BASIC LIFE SUPPORT DEFIBRILLATION (BLSD) a personale non sanitario (c.d. laico) non operante sui mezzi di soccorso o in generale in attività di assistenza sanitaria

Si comunica che il soggetto :

già accreditato dalla Regione con determina N.....dela realizzare corsi BLSD comunica che il corso BLSD viene svolto il giorno-----dalle ore-----alle ore

presso-----

da parte dei seguenti istruttori BLSD (nome e cognome)

per un numero di ----- allievi previsti (allegato elenco)

Il responsabile del corso è il medico -----
----- n. telefono -----

mail-----

seguirà invio elenco dei soggetti che hanno superato la prova finale per autorizzazione dell'uso DAE

firma

Spazio riservato al Direttore Emergenza territoriale /Responsabile
PAD

ricevuto il -----

firma

Soggetto erogatore -----

data del corso -----

Elenco partecipanti

(da restituire debitamente compilato al Responsabile della C.O. 118
dopo l'effettuazione ed il superamento del corso)

N	Nome	Cognome	Data di nascita	Codice fiscale	IDONEO (SI/NO)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

Il responsabile del corso

firma