

**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 RILASCIAM 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
- 9.) N.  COPIA

LUOGO E DATA

TIMBRO E FIRMA LEGALE RAPPRESENTANTE

---