



Allegato A) rev.4

Spett.le

Azienda Regionale Emergenza Urgenza della
Sardegna
Via Luigi Oggiano, 25 08100 Nuoro NU
protocollogenerale@pec.areus.sardegna.it

Oggetto: Richiesta di accreditamento Ente di formazione per eseguire corsi di formazione per l'utilizzo del defibrillatore semiautomatico esterno (DAE) e per la formazione degli istruttori ai sensi della Deliberazione AREUS n°97 del 16 Marzo 2023

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ residente a _____ prov. _____ in via/piazza _____ n. _____ CAP _____

Legale/Rappresentante del seguente Centro di formazione:

Denominazione _____

Ragione Sociale _____

Sede legale _____ via/ piazza _____ n. _____ cap _____

partita IVA/Codice fiscale _____

Recapiti telefonici _____

Recapiti Posta elettronica _____

Recapito PEC _____

Sito web _____

Facente parte di (barrare la casella che interessa):

- Centri di formazione accreditati di altre Strutture del Servizio Sanitario Regionale,
- Centri di formazione accreditati delle Università,
- Centri di formazione accreditati degli ordini professionali sanitari,
- Centri di formazione accreditati delle organizzazioni medico scientifiche di rilevanza nazionale,
- Centri di formazione accreditati degli Enti del Terzo Settore, regionali e nazionali, operanti in ambito sanitario,
- Centri di formazione accreditati degli enti pubblici che hanno come fine istituzionale la sicurezza del cittadino,
- Centri di formazione accreditati di altri soggetti pubblici o privati operanti in ambito sanitario che dispongono di una adeguata struttura di formazione.

CHIEDE

L'accREDITAMENTO regionale ai sensi della Deliberazione AREUS n°97 del 16 Marzo 2023 a poter svolgere corsi di formazione abilitanti all'utilizzo del defibrillatore semiautomatico esterno (DAE), in



ambito extraospedaliero e rivolti a soggetti laici.

A tal fine, secondo quanto previsto dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. 445/2000, nonché della sanzione ulteriore prevista dall'art. 75 del medesimo D.P.R. 445/2000, consistente nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera,

DICHIARA

- 1) che il direttore scientifico è il Dott./ssa _____ responsabile della rispondenza dei corsi ai criteri previsti dal Regolamento per l'Accreditamento approvato con Deliberazione n°97 del 16 Marzo 2023 e del quale si allegano: curriculum vitae, copia documento di identità e copia iscrizione all'Ordine dei medici;
- 2) che gli istruttori dei corsi idonei secondo quanto indicato nel regolamento approvato con Deliberazione n. 97 del 16 Marzo 2023 e in numero minimo di cinque (5) sono quelli indicati nell'allegata tabella C);
- 3) che per tutta la durata di ogni edizione del corso sarà garantito il rapporto di un docente/istruttore ogni massimo 6 allievi;
- 4) di disporre di una struttura organizzativa per le funzioni di segreteria e di registrazione delle attività;
- 5) di disporre di strutture e attrezzature idonee per lo svolgimento dei corsi in oggetto ed in particolare:
 - a. numero di aule _____
 - b. numero manichini adulto per esercitazione (almeno uno ogni sei allievi massimo): _____ e numero manichini baby per esercitazione (almeno uno ogni sei allievi massimo): _____, entrambe le tipologie con caratteristiche di ipertensione della testa, con possibilità di ventilazione con sollevamento visibile del torace, resistenza alle compressioni,
 - c. numero di defibrillatori semiautomatici trainer dotati di placche adulti e pediatriche (almeno un DAE ogni massimo sei allievi): _____
 - d. Altro (specificare) _____
- 6) di possedere il materiale didattico necessario così come previsto dal citato Regolamento e che lo stesso è conforme alle raccomandazioni ILCOR vigenti sul BLS-D;
- 7) disponibilità di un manuale didattico che segua le ultime raccomandazioni International Liason Committee On Resuscitation (ILCOR).
- 8) che saranno inoltre garantiti i seguenti adempimenti:
 - presenza nella sede del corso di un registro (anche elettronico) degli istruttori e dei direttori di corso che riporti per ciascuno: nome, cognome, data di nascita, codice fiscale, ruolo ricoperto nel centro, estremi dell'abilitazione a formatore con protocollo e data della certificazione;
 - presenza nella sede del corso di fogli presenze docenti e discenti firmati dal Direttore Scientifico;
 - presenza nella sede del corso dei moduli di gradimento e valutazione qualità del corso debitamente;



AREUS
Azienda Regionale
Emergenza Urgenza
Sardegna



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- compilati per ogni intervento formativo;
- presenza nella sede del corso del programma didattico specifico del corso.

Quanto sopra è dichiarato ai sensi delle disposizioni di cui al DPR 28 dicembre 2000 n. 445, “*Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa*” e ss.mm.ii.. I dati riportati assumono quindi il valore di dichiarazioni sostitutive di certificazione rese ai sensi dell’art. 46 con conseguenze di carattere amministrativo e penale per colui che rilasci dichiarazioni mendaci.

Elenco allegati da inoltrare congiuntamente alla presente richiesta:

- curriculum, copia documento di identità e di iscrizione all’Ordine dei medici del direttore scientifico ed eventuale nullaosta rilasciato dall’amministrazione di appartenenza dello stesso allo svolgimento dell’attività;
- elenco degli istruttori (allegato C) e relativi eventuali nullaosta rilasciati dall’amministrazione di appartenenza degli stessi allo svolgimento dell’attività;
- programma tipo del corso;
- modulo di consenso (allegato D);
- copia del documento di identità in corso di validità e codice fiscale del Legale Rappresentante.

Il Legale rappresentante