

**AREUS**

Azienda Regionale
Emergenza Urgenza Sardegna
SSD Accreditamento Rete Emergenza/Urgenza,
Gestione Tecnologica e Logistica Sanitaria

Allegato 1a_rev.6

REGISTRO DAE

Barrare la casella di interesse:

 Iscrizione nuovo DAE al Registro Regionale **Aggiornamento informazioni DAE già inserito nel Registro Regionale al n° _____**

STRUTTURA RICHIEDENTE L'ISCRIZIONE AL REGISTRO DAE/AGGIORNAMENTO INFORMAZIONI (tutte le informazioni richieste sono da intendersi come obbligatorie)

Denominazione Struttura Richiedente:		
Città (sede legale):	Provincia:	C.A.P.:
Via e numero civico:	Codice Fiscale/Partita Iva:	
Indirizzo mail:	Indirizzo PEC (se disponibile):	
Telefono fisso (se disponibile):	Telefono cellulare:	
Nome e Cognome del Responsabile della Struttura richiedente:		
Incarico del Responsabile della Struttura (Presidente, Direttore, etc):		

RIFERIMENTI DEL FORNITORE DEL DAE (Informazioni non obbligatorie)

Denominazione Ente o Ditta fornitrice:		
Città (sede legale):	Provincia:	C.A.P.:
Via e numero civico:	Codice Fiscale/Partita Iva:	
Indirizzo mail:	Indirizzo PEC:	
Telefono fisso:	Telefono cellulare:	
Nome e Cognome di un referente:		

**AREUS**

Azienda Regionale
Emergenza Urgenza Sardegna
SSD Accreditamento Rete Emergenza/Urgenza,
Gestione Tecnologica e Logistica Sanitaria

RIFERIMENTI STUDENTE/SSA

(se la registrazione del DAE avviene su invito di studente/ssa,
nell'ambito dell'iniziativa "Ambasciatori della Cardioprotezione")

Nome Studente/ssa		Cognome Studente/ssa	
Denominazione Istituto scolastico di appartenenza		Località	Classe e Sezione

RIFERIMENTI DELLA DITTA ESECUTRICE DEL COLLAUDO (Informazioni non obbligatorie)

Denominazione Ditta:		Data Collaudo:
Città (sede legale):	Provincia:	C.A.P.:
Via e numero civico:	Codice Fiscale/Partita Iva:	
Indirizzo mail:	Indirizzo PEC:	
Telefono fisso:	Telefono cellulare:	
Nome e Cognome di un referente:		

**RIFERIMENTI DEL DAE E SCADENZA PARTI MONOUSO E DI CONSUMO
(tutte le informazioni richieste sono da intendersi come obbligatorie)**

Marca DAE:	Modello DAE:
Numero Seriale (anche indicato come "Serial Number","SN" o "Matricola"):	
UTILIZZO SU PAZIENTE ADULTO • data di scadenza (riportata nella confezione) delle piastre-elettrodi per adulti: _____	
UTILIZZO SU PAZIENTE PEDIATRICO (selezionare solo una tra le tre seguenti opzioni) <input type="checkbox"/> tramite "adattatore pediatrico" che consente l'uso delle piastre per adulti <input type="checkbox"/> tramite piastre pediatriche dedicate, con scadenza (riportata nella confezione): _____ <input type="checkbox"/> il DAE non è utilizzabile su pazienti pediatrici	
Data di scadenza delle Batterie:	



AREUS

Azienda Regionale
Emergenza Urgenza Sardegna
SSD Accreditamento Rete Emergenza/Urgenza,
Gestione Tecnologica e Logistica Sanitaria

UBICAZIONE DEL DAE (tutte le informazioni richieste sono da intendersi come obbligatorie)

Denominazione Struttura:		
Città (località):	Via e numero civico:	C.A.P.:
Barrare una delle due caselle di interesse (a seconda che il DAE abbia una collocazione fissa o meno) e compilare le relative informazioni:		
<input type="checkbox"/> il DAE ha una collocazione FISSA , si trova al piano: _____ e nella stanza: _____		
posizione del DAE attraverso le sue coordinate geografiche:		
Latitudine: _____ Longitudine: _____		
<i>le coordinate GPS sono rilevabili utilizzando comuni app gratuite per telefonini cellulari, disponibili su "Google Play Store" (Android) o da "Apple Store" (iOS). A titolo di esempio, si cita l'app gratuita "Mie Coordinate GPS" disponibile su entrambe le piattaforme</i>		
<input type="checkbox"/> il DAE ha una collocazione mobile , si trova sul mezzo (marca, modello): _____		
Targato (se veicolo immatricolato): _____		
Eventuali ulteriori informazioni utili per il rapido reperimento del DAE:		

REFERENTI DA CONTATTARE IN CASO DI NECESSITÀ

(tutte le informazioni richieste sono da intendersi come obbligatorie)

(Indicare nuovamente anche il nominativo del Responsabile della Struttura, se tra i referenti)

NOME	COGNOME	N° DI TELEFONO

DOCUMENTI DA ALLEGARE AL PRESENTE MODULO



AREUS

Azienda Regionale
Emergenza Urgenza Sardegna
SSD Accreditamento Rete Emergenza/Urgenza,
Gestione Tecnologica e Logistica Sanitaria

• **Documenti da allegare obbligatoriamente a pena di irricevibilità della richiesta:**

1. **Copia firmata del documento di identità del richiedente,**
2. **Allegato 1b) scaricabile dal sito AREUS: Calendario della disponibilità effettiva del DAE per il suo utilizzo in caso di emergenza, debitamente compilata e sottoscritta,**
3. **Allegato 1d) scaricabile dal sito AREUS: Dichiarazione copia conforme dichiarazione sostitutiva atto notorietà.**

• **Documenti da allegare, ove disponibili:**

4. **Copia del Certificato di conformità del DAE rilasciato dalla ditta venditrice,**
5. **Copia del Certificato di collaudo del DAE rilasciato dalla ditta che lo ha effettuato.**

Luogo e Data _____ Firma del Responsabile _____

Si autorizza il trattamento dei dati personali nel rispetto della vigente normativa sulla protezione dei dati personali e, in particolare, il Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali 2016/679, il d.lgs. 30/06/2003 n. 196 e successive modifiche e integrazioni, secondo le modalità di cui alla modulistica e agli allegati di cui sopra.

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e Data _____

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE:

- (1) In caso di richiesta di iscrizione contemporanea di più DAE, vanno utilizzati tanti moduli quante sono le apparecchiature. È consentita la compilazione una sola volta e su un unico modulo, di tutte e sole le informazioni identiche per tutti i DAE segnalati (es. struttura richiedente e/o referenti da contattare, etc), purché venga specificato che le stesse informazioni sono da intendersi valide per tutti i DAE di cui si chiede l'iscrizione al Registro Regionale e che tali richieste di iscrizione vengano trasmesse con un unico invio.
- (2) In caso di trasmissione di informazioni che aggiornino quelle di un DAE già inserito nel Registro Regionale, accertarsi di aver specificato il n° di iscrizione del DAE e riportare quindi nel modulo esclusivamente le informazioni che sono da aggiornare.

Il presente allegato e la documentazione sopra indicata,
vanno inoltrate all'indirizzo mail
registrodae@areus.sardegna.it