



AREUS

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

Allegato 1a_rev.8

REGISTRO DAE

Barrare una tra le due caselle seguenti:

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 (ove disponibile):	Telefono cellulare:	
Nome e Cognome del richiedente la registrazione del DAE:		
Funzione del richiedente la registrazione del DAE nell'ambito della struttura (Responsabile, Preposto, etc):		

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 sul DAE come "Serial Number", "SN" o "Matricola"):	
Data di Scadenza delle Piastre-Elettrodi per adulti (riportata sulla confezione delle stesse): ____/____/____	
Funzionamento del DAE su pazienti pediatrici (selezionare solo una delle tre seguenti opzioni)	
<input type="checkbox"/> tramite "adattatore pediatrico" è possibile l'uso delle stesse piastre adulti la cui scadenza è sopra riportata	
<input type="checkbox"/> tramite piastre pediatriche dedicate, con scadenza (riportata sulla confezione): ____/____/____	
<input type="checkbox"/> il DAE <u>non</u> 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

LUOGO DI UBICAZIONE DEL DAE

(le informazioni indicate con (*) sono da intendersi come obbligatorie)

(*) Denominazione Struttura:		
(*) Città (località):	(*) Via e numero civico:	(*) C.A.P.:
(*) Barrare una sola delle caselle seguenti e compilare le relative informazioni:		
<input type="checkbox"/> <u>il DAE ha una collocazione FISSA</u> , si trova al piano: _____ e nella stanza: _____ coordinate geografiche del DAE: Latitudine: _____ Longitudine: _____		
NB. <i>le coordinate sono rilevabili utilizzando comuni app gratuite per telefonino, disponibili su "Google Play Store" (Android) e "Apple Store" (iOS). A titolo di esempio, si cita l'app gratuita "Mie Coordinate GPS". Una volta installata e avviata l'APP sul proprio telefonino, posizionare quest'ultimo in corrispondenza del DAE e rilevarne le coordinate geografiche</i>		
<input type="checkbox"/> <u>il DAE è collocato stabilmente su un veicolo;</u>		
<input type="checkbox"/> <u>il DAE NON ha una collocazione FISSA</u> (es. è affidato in gestione a una persona fisica, è condiviso tra più veicoli o sedi, etc).		
Eventuali ulteriori informazioni utili per il rapido reperimento del DAE:		
(*) Numero/i telefonico/i, fisso/i o cellulare, da contattare nel caso si rendesse necessario utilizzare il DAE: _____		

ORARIO INDICATIVO DI DISPONIBILITA' DEL DAE

Disponibilità oraria, settimanale e/o stagionale del DAE ubicato presso la struttura. Si precisa che le informazioni riportate non costituiscono comunque vincolo alcuno per la struttura stessa e si intendono fornite a puro titolo informativo

--



AREUS

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

RIFERIMENTI STUDENTE/SSA

NB. da compilare esclusivamente se la registrazione del DAE avviene su invito e consegna di Biglietto da Visita (BV) da parte di studente/ssa, nell'ambito dell'iniziativa "Ambasciatori della Cardioprotezione"

INIZIALI DEL NOME RIPORTATE SUL BV		INIZIALI DEL COGNOME RIPORTATE SUL BV	
Denominazione Istituto scolastico di appartenenza		Località	Classe e Sezione

DOCUMENTI DA ALLEGARE AL PRESENTE MODULO A PENA DI IRRECIVIBILITA' DELLA RICHIESTA

1. **Copia sottoscritta documento di identità del richiedente la registrazione del DAE,**
2. **Allegato 1d) scaricabile dal sito AREUS: Dichiarazione copia conforme dichiarazione sostitutiva atto notorietà.**

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)



AREUS

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

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE:

(1) In caso di richiesta di iscrizione contemporanea di più DAE, è consentita la compilazione di un unico modulo riportando una sola volta le informazioni comuni a tutti i DAE segnalati (es. struttura richiedente, marca e modello, etc.), specificando che le stesse sono da intendersi valide per tutti i DAE di cui si chiede l'iscrizione.

Le informazioni specifiche per ciascun DAE (es. numero di matricola, coordinate geografiche, etc) devono essere invece riportate individualmente.

(2) Se le informazioni trasmesse aggiornano quelle di un DAE già inserito nel Registro Regionale:

- specificare il n° di iscrizione del DAE al Registro;
- è sufficiente riportare nel modulo esclusivamente le informazioni da aggiornare.

Il presente documento e la documentazione allegata,
vanno inoltrate all'indirizzo mail
registrodae@areus.sardegna.it