

## ALLEGATO I

**RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO PER EROGARE  
CORSI DI FORMAZIONE PER ESECUTORI BLS/D**

Al Dipartimento Salute e Welfare – DPF  
Servizio Emergenza Sanitaria e Sanità Digitale ICT  
(DPF017)  
Esclusivamente a mezzo PEC:  
dpf017@pec.regione.abruzzo.it

Il/la sottoscritto/a CRISTINA MONTECCHI

Nato/a a ROMA Prov. di ROMA il 21/01/1971

Residente a ROMA Via P. DE FRANCISCI n° 37

Codice Fiscale n°: MNTCST71A61H501T Telefono n° 3391899084

Laureato in MEDICINA E CHIRURGIA

il 04/11/1995 presso l'Università degli studi di ROMA "La Sapienza"

specialista<sup>1</sup> in ANESTESIOLOGIA E RIANIMAZIONE

iscritto presso l'Ordine dei Medici della Provincia di Roma

in qualità di Direttore Scientifico, chiede il rilascio:

➤  dell'accreditamento per erogare corsi di formazione di esecutori BLS/D

Per la Scuola di Formazione

Denominazione/ragione sociale Società Italiana di Medicina del Soccorso (SIMESO)

Società  n. REA \_\_\_\_\_ Associazione  c.f./p.i. 13841741005

sede legale nel Comune di Formello Provincia Roma

Via / P. zza Via degli Olmetti n. 44

Tel 0690405257 email info@simeso.it PEC simeso@pec.it  
3341858199

A tale scopo, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del d.P.R. 28.12.2000 n.445 e s.m.i., in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi dichiara ai sensi dell'art.47 D.P.R. 445/2000,

DICHIARA:

<sup>1</sup> La Specializzazione non è obbligatoria

**REGIONE ABRUZZO**  
Dipartimento per la Salute e il Welfare  
Prot. RA .....107188/DPF017.....

11 3 MAR. 2018

➤ che la struttura possiede i requisiti di accreditamento come indicato nelle **Linee Guida per la Formazione e Autorizzazione all'impiego del Defibrillatore semiAutomatico Esterno (DAE)**

• disponibilità di un direttore scientifico , laureato in medicina e chirurgia, responsabile della rispondenza dei corsi ai criteri del presente regolamento (sarà verificato d'ufficio in anagrafica

FNOMCeO):..... **Dott.ssa Cristina Montecchi**.....

.....

• disponibilità di una struttura organizzativa per le funzioni di segreteria e di registrazione delle attività in **Formello (RM) Via degli olmetti, 44**

.....

• disponibilità di almeno 5 istruttori riconosciuti (elencare generalità, residenza, titoli) **ALLEGATO 2**

• disponibilità di tutto il materiale necessario per lo svolgimento tecnico-pratico del corso BLS/D;

• disponibilità di un manuale didattico che segua le ultime raccomandazioni ILCOR (allegare file). **ALLEGATO 3**

➤ che almeno 7 giorni prima del corso di formazione BLS/D trasmetterà alla C.O. 118 competente per territorio la seguente documentazione:

○ Data e luogo di svolgimento

○ Descrizione del locale/dei locali presso cui sarà svolto

○ Estremi del riconoscimento regionale del soggetto erogatore

○ Direttore del corso

○ Elenco degli istruttori che svolgeranno il corso

○ Dichiarazione di impegno di trasmettere l'elenco dei partecipanti al termine del corso

○ Consenso ad eventuali visite ispettive.

➤ che la Struttura:

è già riconosciuta/accreditata da (elencare Regioni e relativi provvedimenti)..... **ALLEGATO 4**.....

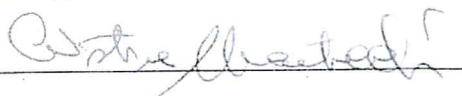
non è già riconosciuta/accreditata

presso un'altra Regione/PA ad erogare corsi di formazione validi ai fini del rilascio dell'autorizzazione all'utilizzo del DAE.

Firma del Direttore Scientifico

o del Legale Rappresentante del centro di formazione

Data: 25/01/2018

  
.....

Stampa illeggibile in basso a sinistra.

# ALLEGATO 1

## RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO PER EROGARE CORSI DI FORMAZIONE PER ESECUTORI BLS-D

Al Dipartimento Salute e Welfare – DPF  
Servizio Emergenza Sanitaria e Sanità Digitale ICT  
(DPF017)

Esclusivamente a mezzo PEC:  
[dpf017@pec.regione.abruzzo.it](mailto:dpf017@pec.regione.abruzzo.it)

Il/la sottoscritto/a CALOGERO VELLA  
Nato/a a PALMA DI MONTECHIARO Prov. di AG il 12/06/1955  
Residente a TAGLIO DI PO (RO) Via DR. MADDALENA n° 42/G  
Codice Fiscale n°: VLLCGR55H12G282U Telefono n° 0426321070  
Laureato in MEDICINA E CHIRURGIA  
il 21/07/1991 presso l'Università degli studi di PALERMO  
specialista<sup>1</sup> in \_\_\_\_\_  
iscritto presso l'Ordine dei MEDICI della Provincia di ROVIGO

in qualità di Direttore Scientifico, chiede il rilascio:

➤  dell'accreditamento per erogare corsi di formazione di esecutori BLS-D

Per la Scuola di Formazione  
Denominazione/ragione sociale MEDICA PORTO VIRO S.N.C.  
Società  n. REA VE-402277 Associazione  c.f./p.i. \_\_\_\_\_  
sede legale nel Comune di PORTO VIRO Provincia ROVIGO  
Via / P. zza VIA MONTI TURINI n. 52  
Tel 0426321070 email formazione@gruppomas.com PEC medicaportoviro@pec.it

A tale scopo, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del d.P.R. 28.12.2000 n.445 e s.m.i., in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi dichiara ai sensi dell'art.47 D.P.R. 445/2000,

DICHIARA:

<sup>1</sup> La Specializzazione non è obbligatoria

**REGIONE ABRUZZO**  
Dipartimento per la Salute e il Welfare

Prot. RA 53581/DPF017

22 FEB. 2018

➤ che la struttura possiede i requisiti di accreditamento come indicato nelle **Linee Guida per la Formazione e Autorizzazione all'impiego del Defibrillatore semiAutomatico Esterno (DAE)**

• disponibilità di un direttore scientifico , laureato in medicina e chirurgia, responsabile della rispondenza dei corsi ai criteri del presente regolamento (sarà verificato d'ufficio in anagrafica FNOMCeO): VELLA CALOGERO (ISCRIZIONE ORDINE DEI MEDICI DI ROVIGO 01467 DEL 14/01/2000)

• disponibilità di una struttura organizzativa per le funzioni di segreteria e di registrazione delle attività in PORTO VIRO (RO), CORSO RISORGIMENTO 137

- disponibilità di almeno 5 istruttori riconosciuti (elencare generalità, residenza, titoli)
- disponibilità di tutto il materiale necessario per lo svolgimento tecnico-pratico del corso BLS/D;
- disponibilità di un manuale didattico che segua le ultime raccomandazioni ILCOR (allegare file).

➤ che almeno 7 giorni prima del corso di formazione BLS/D trasmetterà alla C.O. 118 competente per territorio la seguente documentazione:

- Data e luogo di svolgimento
- Descrizione del locale/dei locali presso cui sarà svolto
- Estremi del riconoscimento regionale del soggetto erogatore
- Direttore del corso
- Elenco degli istruttori che svolgeranno il corso
- Dichiarazione di impegno di trasmettere l'elenco dei partecipanti al termine del corso
- Consenso ad eventuali visite ispettive.

➤ che la Struttura:

è già riconosciuta/accreditata da (elencare Regioni e relativi provvedimenti) Veneto (CREU RO-004), Lombardia (AREU 2967), Sicilia (DA 2345/16), Piemonte (491/17-136), Umbria (20160316)

non è già riconosciuta/accreditata

presso un'altra Regione/PA ad erogare corsi di formazione validi ai fini del rilascio dell'autorizzazione all'utilizzo del DAE.

Firma del Direttore Scientifico

o del Legale Rappresentante del centro di formazione

Data: 22/02/2018

Vella Calogero

REGIONE LIGURIA

BLS/D 2018

# ALLEGATO 1

## RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO PER EROGARE CORSI DI FORMAZIONE PER ESECUTORI BLS/D

Al Dipartimento Salute e Welfare – DPF  
Servizio Emergenza Sanitaria e Sanità Digitale ICT  
(DPF017)  
Esclusivamente a mezzo PEC:  
[dpf017@pec.regione.abruzzo.it](mailto:dpf017@pec.regione.abruzzo.it)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ ALBERTO ALBANI \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ ROMA \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_ RM \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ 05/11/1953 \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ PESCARA \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ VIALE DELLA RIVIERA \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale n°: \_\_\_\_\_ LBNLRT53S05H501U \_\_\_\_\_ Telefono n° \_\_\_\_\_ 3356901261 \_\_\_\_\_  
Laureato in \_\_\_\_\_ MEDICINA \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ 1978 \_\_\_\_\_ presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_ ROMA \_\_\_\_\_  
specialista<sup>1</sup> in \_\_\_\_\_ MEDICINA INTERNA E PNEUMOLOGIA \_\_\_\_\_  
iscritto presso l'Ordine dei \_\_\_\_\_ MEDICI \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_ PESCARA \_\_\_\_\_

in qualità di Direttore Scientifico, chiede il rilascio:

➤  dell'accreditamento per erogare corsi di formazione di esecutori BLS/D

Per la Scuola di Formazione

Denominazione/ragione sociale \_\_\_\_\_ CORPO ITALIANO DI SOCCORSO DELL'ORDINE DI MALTA (C.I.S.O.M.) \_\_\_\_\_

Società  n. REA \_\_\_\_\_ Associazione  c.f./p.i. \_\_\_\_\_ 97679580585 \_\_\_\_\_

sede legale nel Comune di \_\_\_\_\_ ROMA \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ RM \_\_\_\_\_

Via / P. zza \_\_\_\_\_ PIAZZA DEL GRILLO \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ l \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ 0669773203 \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_ segreteria@cisom.org \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_ cisom@pec.it \_\_\_\_\_

A tale scopo, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del d.P.R. 28.12.2000 n.445 e s.m.i., in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi dichiara ai sensi dell'art.47 D.P.R. 445/2000,

DICHIARA:

<sup>1</sup> La Specializzazione non è obbligatoria

**REGIONE ABRUZZO**  
Dipartimento per la Salute e il Welfare  
Prot. RA ..... 112318/DPF017 .....

17 APR. 2018

➤ che la struttura possiede i requisiti di accreditamento come indicato nelle **Linee Guida per la Formazione e Autorizzazione all'impiego del Defibrillatore semiAutomatico Esterno (DAE)**

- disponibilità di un direttore scientifico , laureato in medicina e chirurgia, responsabile della rispondenza dei corsi ai criteri del presente regolamento (sarà verificato d'ufficio in anagrafica

FNOMCeO): DOTT. ALBERTO ALBANI.....

- disponibilità di una struttura organizzativa per le funzioni di segreteria e di registrazione delle attività in P.ZZA. DEL GRILLO, #1 00184 ROMA.; P.ZZA. VITTORIO VENETO, 3 07039 SULTANA (AG).....

- disponibilità di almeno 5 istruttori riconosciuti (elencare generalità, residenza, titoli)
- disponibilità di tutto il materiale necessario per lo svolgimento tecnico-pratico del corso BLS/D;
- disponibilità di un manuale didattico che segua le ultime raccomandazioni ILCOR (allegare file).

➤ che almeno 7 giorni prima del corso di formazione BLS/D trasmetterà alla C.O. 118 competente per territorio la seguente documentazione:

- Data e luogo di svolgimento
- Descrizione del locale/dei locali presso cui sarà svolto
- Estremi del riconoscimento regionale del soggetto erogatore
- Direttore del corso
- Elenco degli istruttori che svolgeranno il corso
- Dichiarazione di impegno di trasmettere l'elenco dei partecipanti al termine del corso
- Consenso ad eventuali visite ispettive.

➤ che la Struttura:

è già riconosciuta/accreditata da (elencare Regioni e relativi provvedimenti) UMBRIA\LAZIO\BASILICATA\VENETO

non è già riconosciuta/accreditata

presso un'altra Regione/PA ad erogare corsi di formazione validi ai fini del rilascio dell'autorizzazione all'utilizzo del DAE.

Firma del Direttore Scientifico

o del Legale Rappresentante del centro di formazione

Data: 15-03-2018

Alberto Albani

REGIONE UMBRIA  
C.O. 118  
SULTANA (AG)  
07039



ALLEGATO 1

**RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO PER EROGARE  
CORSI DI FORMAZIONE PER ESECUTORI BLS/D**

Al Comitato Regionale per la Defibrillazione Precoce  
presso la Direzione Politiche della Salute  
Regione Abruzzo  
Via Conte di Ruvo, 74  
65127 PESCARA

Il/la sottoscritto/a Pizzuti Silvia Ninfa  
Nato/a a L'Aquila Prov. di AQ il 22.07.1974  
Residente a BOSSI SULL'IRINOVIA VAGNA n° 70  
Codice Fiscale n°: PZZSVN74L62A365W Telefono n° 3281215286  
Laureato in MEDICINA E CHIRURGIA  
il 30.04.03 presso l'Università degli studi di L'AQUILA  
specialista<sup>2</sup> in MEDICINA DEL LAVORO  
iscritto presso l'Ordine dei MEDICI della Provincia di PESCARA

in qualità di Direttore Scientifico, chiede il rilascio:

dell'accreditamento per erogare corsi di formazione di esecutori BLS/D

Per la Struttura

Denominata 2 MANI X LA VITA ONLUS  
Sita nel Comune di CASTELLACTO Provincia TE  
Via/P.zza VIA KENNEDY n. 24228  
Tel 329.2248730 fax. \_\_\_\_\_ email CENTROFONDAZIONE@2MANIXLAVITA.IT  
Tipologia di struttura: STUDIO INFERRIENALISTICO

<sup>2</sup> La Specializzazione non è obbligatoria

19 APR. 2018



A tale scopo, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del d.P.R. 28.12.2000 n.445 e s.m.i., in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi dichiara ai sensi dell'art.47 D.P.R. 445/2000,

DICHIARA:

- ✓ che la struttura possiede i requisiti di accreditamento come indicato nelle Linee Guida per la Formazione e Autorizzazione all'impiego del Defibrillatore semiAutomatico Esterno (DAE)
- ✓ che almeno 7 giorni prima del corso di formazione BLS/D trasmetterà alla C.O. 118 competente per territorio la seguente documentazione:
  - Data e luogo di svolgimento
  - Descrizione del locale/dei locali presso cui sarà svolto
  - Estremi del riconoscimento regionale del soggetto erogatore
  - Direttore del corso
  - Elenco degli istruttori che svolgeranno il corso
  - Dichiarazione di impegno di trasmettere l'elenco dei partecipanti al termine del corso
  - Consenso ad eventuali visite ispettive.
- ✓ che la Struttura:
  - è già riconosciuta/accreditata
  - non è già riconosciuta/accreditatapresso un'altra Regione/PA ad erogare corsi di formazione validi ai fini del rilascio dell'autorizzazione all'utilizzo del DAE,

Data: 16.02.2018

Firma del Direttore Scientifico

Silvia De Amicis

