

Alla Croce Rossa Italiana

Comitato di Viterbo

**DA INVIARE**

**ALMENO 20 GIORNI PRIMA DELL'EVENTO**

**A: viterbo@cri.it**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (eventualmente in rappresentanza dell'associazione/ente/società  
\_\_\_\_\_ ) dovendo assicurare assistenza sanitaria all'evento  
denominato \_\_\_\_\_ che si terrà il giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore  
\_\_\_\_\_ (oppure dal giorno \_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_) presso  
\_\_\_\_\_ descrizione sintetica dell'evento (indicare condizioni di svolgimento, presenza  
pubblico, ecc...) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ richiede l'emissione di un  
preventivo per l'erogazione del servizio, per i seguenti moduli operativi (apporre una "X" e inserire le quantità richieste):

- nr. \_\_\_\_\_ ambulanza/e **BLS-D** (autista + soccorritore con defibrillatore a bordo)
- nr. \_\_\_\_\_ ambulanza/e **MSB** (autista + infermiere con defibrillatore a bordo)
- nr. \_\_\_\_\_ ambulanza/e **MSA** (autista + medico con defibrillatore a bordo)
- nr. \_\_\_\_\_ squadre di soccorritori **SAP** (3 soccorritori)
- nr. \_\_\_\_\_ squadre di soccorritori con defibrillatore **SAP DAE** (3 soccorritori + defibrillatore)
- nr. \_\_\_\_\_ automedica **AM** (autista + medico su vettura)
- nr. \_\_\_\_\_ punto di primo soccorso **PPS** (tenda attrezzata per il soccorso e il primo trattamento con personale medico/infermieristico e tecnico)
- nr. \_\_\_\_\_ mezzo di soccorso speciale **4x4** (autista + personale tecnico)
- nr. \_\_\_\_\_ squadra/e **OPSA** (personale per il soccorso polivalente in acqua)
- nr. \_\_\_\_\_ squadra/e **SMTS** (personale per il soccorso con mezzi e tecniche speciali)
- nr. \_\_\_\_\_ squadra **CRI in bici** (soccorritori ciclo-montati)
- supporto per la predisposizione del piano di assistenza sanitaria obbligatorio ai sensi del Decreto del Commissario *ad acta* per la Sanità del Lazio n. U00466 del 07/11/2017 e Accordo Conferenza Unificata n. 91 del 05/08/2014)
- \_\_\_\_\_

Dichiaro di essere a conoscenza che il presente documento costituisce mera richiesta del servizio e che il servizio stesso non sarà confermato/erogato finché non sarà stipulato specifico accordo. Resta in capo all'organizzatore la predisposizione del piano di assistenza sanitaria della presentazione di ogni altra comunicazione o ottenimento di autorizzazione.

Data \_\_\_\_\_

In fede \_\_\_\_\_

**Per chiarimenti e supporti nella compilazione chiamare lo 0761/270957**