

Alla Croce Rossa Italiana - Comitato di Viterbo

viterbo@cri.it

DA INVIARE ALMENO

20 GIORNI PRIMA DELL'EVENTO

Il sottoscritto _____ telefono _____ e-mail _____
_____ (eventualmente in rappresentanza dell'associazione/ente/società
_____ con sede in _____

Via/Str. _____ CF e PI _____ indirizzo e-mail _____
_____) 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. _____ macchina con medico **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