



T. E. A.
Servizi e Formazione
CENTRO DI ALTA FORMAZIONE
Associazione di Promozione Sociale
Piazza Castello nr. 8 – 73026 Melendugno (Le)



Domanda di partecipazione al corso di formazione
OPERATORE LAICO BLS-D Adulto – Bambino – Infante

Il sottoscritto _____ Sesso: M O F O

nato a _____ prov: _____ il _____

Codice Fiscale _____ Residente a _____

Prov. _____ CAP _____ Via/Piazza _____ Nr. _____

cell. _____ e-mail _____

Se già in possesso di certificazione rilasciata da SALVAMENTO ACADEMY scrivere il Brevetto Nr. _____

CHIEDE

di partecipare al corso per **“Operatore Laico BLS-D” - Basic Life Support and Defibrillation** come da programma approvato dalla IARR – International Academy of Rescue and Resuscitation – Linee Guida ILCOR 2020/2025 in attuazione al D.M. Sanità del 18.3.2011 (uso dei D.A.E. semiautomatici esterni in ambito extraospedaliero) e secondo quanto previsto dal regolamento vigente in materia pubblicato su B.U. della Regione Puglia nr.132 del 18.11.2019

NUOVO CORSO RETRAINING RINNOVO alla sessione del _____

Data _____ Firma del discente * _____

(*) con la firma sul presente modulo, l'Operatore dichiara di aver preso visione ed accettare l'informativa sulla Privacy pubblicata al seguente URL: <http://www.salvamentoacademy.it/privacy>

SPAZIO SOTTOSTANTE RISERVATO ALLA SEGRETERIA DEL CDF T.E.A. SERVIZI E FORMAZIONE

VERBALE CORSO OPERATORE LAICO BLS-D

Iscritto alla Sessione del _____

Direttore del corso _____

Abilitato : SI NO Brevetto Nr. _____

Codice Retraining/Rinnovo nr. _____

L'ISTRUTTORE T.E.A. _____

IL DIRETTORE DEL CORSO _____

ISTRUTTORE

AFF.

<input type="checkbox"/> BISANTI S.	13-00503	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> CARLUCCIO S.	21-04566	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> CORVINO G.	13-00752	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> DE GIORGI P.	13-00484	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> GALLO LUIGI	13-00723	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> MARASCHIO E.	15-02277	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> MARASCHIO G.	14-06292	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> MERICO P.	23-04002	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> NEGRO LUCA	22-02462	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> NICOLÌ F.	15-11010	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PETRACHI D.	22-02940	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> RUSSO G.	20-02172	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> UCCI VIRGILIO	15-02275	<input type="checkbox"/>

CODICE FISCALE: 93 146 770 750

TELEFONO: 329 022 19 42

E-MAIL aps.teaformazione@gmail.com PEC aps.teaformazione@pec.it