

Disponibilità effettiva del DAE

☒ Nuovo DAE di cui è richiesto l'inserimento nel Registro

☐ Aggiornamento informazioni DAE già presente nel Registro Regionale al n° _____

DISPONIBILITÀ SU BASE MENSILE

MESE	Dal Giorno	Al Giorno	Dal Giorno	Al Giorno	Dal Giorno	Al Giorno
Gennaio						
Febbraio						
Marzo						
Aprile						
Maggio						
Giugno						
Luglio	3/07 - 24/07	07/07 - 28/07	10/07 - 31/07	14/07	17/07	21/07
Agosto	04/08 - 25/08	07/08 - 28/08	11/08	14/08	18/08	21/08
Settembre	01/09 / 04/09 25/09	08/09 29/09	11/09	15/09	18/09	22/09
Ottobre	04/10 - 23/10	06/10 - 24/10	09/10 - 30/10	13/10	16/10	20/10
Novembre	03/11 - 06/11 27/11	10/11 01-12	13/11	17/11	20/11	24/11
Dicembre	04/12 - 27-12	08/12 - 29/12	11/12	15/12	18/12	22/12

DISPONIBILITÀ DEL DAE SU BASE GIORNALIERA E ORARIA

GIORNO	Mattina (dalle - alle)		Pomeriggio (dalle - alle)	
Lunedì	8.00	13.00	13.00	16.30
Martedì	8.00	13.00	13.00	16.30
Mercoledì	8.00	13.00	13.00	16.30
Giovedì	8.00	13.00	13.00	16.30
Venerdì	8.00	13.00	13.00	16.30
Sabato				
Domenica				

NOTE

- (1) È compito del Responsabile della Struttura segnalare tempestivamente ogni variazione nella disponibilità del DAE rispetto a quella sopra indicata e già comunicata.
- (2) In caso di ulteriore frammentarietà degli orari di disponibilità (es. variazioni di giorno e/o ora su base mensile) è necessario compilare e inviare più di un modulo.

Luogo e data

CARLOFORTE 22/01/24

Il 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.

Letto, confermato e sottoscritto

CARLOFORTE 22/01/24, Li _____



Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

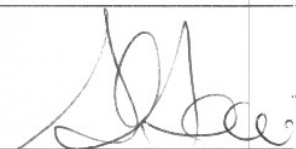
Il presente allegato ed eventuale ulteriore documentazione
vanno inoltrati all'indirizzo mail
registrodae@areus.sardegna.it

DOCUMENTI DA ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE A PENA DI IRRICEVIBILITÀ DELLA RICHIESTA

1. Copia firmata del documento di identità del richiedente,
2. Copia del Certificato di conformità del DAE rilasciato dalla ditta venditrice (se disponibile)
3. Copia del Certificato di collaudo del DAE rilasciato dalla ditta esecutrice (se disponibile),
4. Elenco nominativo degli operatori opportunamente formati all'uso del DAE, riportante almeno le seguenti informazioni:
nome – cognome - data di nascita - codice fiscale - telefono cellulare
5. Copia degli attestati di abilitazione all'uso del DAE rilasciati a ciascun operatore dall'ente di formazione,
6. Allegato 1b) - Calendario disponibilità effettiva del DAE per il suo utilizzo in caso di emergenza, debitamente compilata
7. Allegato 1d) - Dichiarazione copia conforme dichiarazione sostitutiva atto notorietà

Data e Luogo CAROFORTIS 22-01-24

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 negli allegati da 1 a 7 di cui sopra.

Letto, confermato e sottoscritto

CAROFORTIS, Li 22/01/24



Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

NOTE PER LA COMPILAZIONE

- (1) **richiesta di iscrizione contemporanea di più DAE:** vanno utilizzati tanti moduli quante sono le apparecchiature. È consentita la compilazione una sola volta e quindi su un unico modulo, di tutte e sole le informazioni identiche per tutti i DAE segnalati, purché le richieste di iscrizione vengano trasmesse con un unico invio.
- (2) **richiesta di aggiornamento informazioni di DAE già registrato:** specificare il n° di iscrizione del DAE al Registro e riportare nel modulo esclusivamente le informazioni da aggiornare.

Il presente allegato e la restante documentazione sopra indicate,
vanno inoltrate all'indirizzo mail
registrodae@areus.sardegna.it



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE**

Con questo modello è possibile dichiarare la conformità all'originale di una copia di un atto o di un documento (artt. 19 e 47 del Dpr 28 dicembre 2000, n. 445).

Io sottoscritto/a LOCCI ANTONIO MARIO nato/a il 25/04/1970
a GONNESA Prov. SU residente a GONNESA
prov. SU via IGLESIAS n. 11, consapevole delle
sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti (art. 76 del Dpr n. 445/2000).

dichiaro

che i seguenti documenti allegati alla Richiesta (specificare quali barrando la casella corrispondente):

- ☐ Copia firmata del documento di identità del richiedente,
- ☐ Copia del Certificato di conformità del DAE rilasciato dalla ditta venditrice,
- ☐ Copia del Certificato di collaudo del DAE rilasciato dalla ditta esecutrice,
- ☐ Copia degli attestati di abilitazione all'uso del DAE rilasciati a ciascun operatore dall'ente di formazione,

sono conformi agli originali in mio possesso.

Luogo e data CARLOFORTE 22/04/24

Firma 


☒ **Richiesta di Iscrizione DAE al Registro Regionale**
☐ **Richiesta Aggiornamento informazioni DAE già presente nel Registro Regionale al n° _____**
STRUTTURA RICHIEDENTE L'ISCRIZIONE AL REGISTRO DAE/AGGIORNAMENTO INFORMAZIONI

Denominazione Struttura Richiedente: CONDOMINIO VILLAMARINA		
Città (sede legale): ISOLA PIANA CARLOFORTE	Provincia:	C.A.P.: 09014
Via e numero civico: S.N.C	Codice Fiscale/Partita Iva: 90001090928	
Indirizzo mail: C.VILLAMARINA 2021@LIBERO.IT	Indirizzo PEC: C.VILLAMARINA SICUREZZA POSTALE.IT	
Telefono fisso: 0781 - 853135	Telefono cellulare:	
Nome e Cognome del Responsabile della Struttura richiedente: LOCCI ANTONIO MARIO		
Incarico del Responsabile della Struttura (Presidente, Direttore, etc):		

RIFERIMENTI DEL FORNITORE DEL DAE

Denominazione Ditta fornitrice: LAERDAL		
Città (sede legale): Bologna	Provincia: Bologna	C.A.P.: 40129
Via e numero civico: VIA GODELLI 52/2	Codice Fiscale/Partita Iva: 02027571203	
Indirizzo mail:	Indirizzo PEC:	
Telefono fisso: 051/355587	Telefono cellulare:	
Nome e Cognome di un referente: MONICA PAGANI		

RIFERIMENTI DI COLLAUDO

Denominazione Ditta che ha eseguito il collaudo: LAERDAL ITALIA SRL		
Città (sede legale): Bologna	Provincia: Bologna	C.A.P.: 40129
Via e numero civico: VIA GODELLI 52/2	Codice Fiscale/Partita Iva: 02027571203	
Indirizzo mail:	Indirizzo PEC:	
Telefono fisso: 051 - 355587	Telefono cellulare:	
Nome e Cognome di un referente: MONICA PAGANI		

RIFERIMENTI DEL DAE E SCADENZA PARTI MONOUSO E DI CONSUMO

Marca: <u>PHILIPS LAERDAL</u>	Modello: <u>FR 2</u>
Numero Seriale (anche indicato come "Serial Number", "SN" o "Matricola"): <u>03 M 89 1031</u>	
UTILIZZO SU PAZIENTE ADULTO data di scadenza delle piastre-elettrodi per adulti: <u>10/2025</u>	
UTILIZZO SU PAZIENTE PEDIATRICO (selezionare solo una tra le tre seguenti opzioni) ☐ è presente un "adattatore pediatrico" che consente l'uso delle piastre per adulti ☒ sono presenti piastre pediatriche dedicate, con data di scadenza: <u>11/24</u> ☐ il DAE non è utilizzabile su pazienti pediatrici	
Data di scadenza delle Batterie: <u>08/28</u>	

UBICAZIONE DEL DAE

Denominazione Struttura: <u>CONDominio VILLAMARINA</u>		
Città (località): <u>ISOLA PIANA CARLOFORTE</u>	Via e numero civico: <u>S.N.C</u>	C.A.P.: <u>09014</u>
SE il DAE ha una collocazione fissa, specificare (A) piano dell'edificio: (B) Riferimenti Stanza: (C) coordinate geografiche: Latitudine: <u>N 39° M¹ 2805072</u> Longitudine: <u>E 8° 19' 25,16664"</u> nota: <i>le coordinate GPS sono rilevabili utilizzando comuni app gratuite per telefonini cellulari, disponibili su "Google Play Store" (Android) o da "Apple Store" (iOS).</i> <i>A titolo di esempio, si cita l'app gratuita "Mie Coordinate GPS" disponibile per entrambe le piattaforme</i> ----- SE il DAE ha una collocazione mobile, specificare (A) Tipologia del mezzo di trasporto (marca, modello): (B) Targa (se veicolo immatricolato):		
Eventuali ulteriori informazioni utili per il rapido reperimento del DAE:		

REFERENTI DA CONTATTARE IN CASO DI NECESSITÀ

(Indicare nuovamente anche il nominativo del Responsabile della Struttura, se tra i referenti)

NOME	COGNOME	N° DI TELEFONO
ANTONIO	LOCCI	333 2345813
EDNA LUCILA	SANNA	333 6064 949
ANTONIO	PORRICINO	345 6164 817

<Laerdal Italia Srl	VERBALE DI COLLAUDO	Pagina 1 di 1
---------------------	---------------------	---------------

Data: 26 LUGLIO 2011

Luogo: ISOLA PIANA

Destinatario: CONDOMINIO VILLAMARINA

Reparto: INFERTERIA

La Laerdal Italia dichiara

che l'apparecchiatura sotto descritta:

Denominazione: DEFIBRILLATORE SEMIAUTOMATICO NUOVE LINEE GUIDA

Modello: HEART START FR2 SENZA ECG

Nome del fabbricante: PHILIPS/LAERDAL

Nr. Bolla:

Nr. Fattura:

Nr. Serie: 0311891031

Esito Collaudo: POSITIVO

La ditta
X Laerdal Italia Srl

Il cliente