

ISTANZA PER L'AUTORIZZAZIONE A SVOLGERE CORSI DI FORMAZIONE E/O DI AGGIORNAMENTO PER LA CERTIFICAZIONE "MEDICAL CARE" e/o "FIRST AID"
(Decreto legislativo 12 maggio 2015, n. 71; DM 16 giugno 2016)

DENOMINAZIONE E TIPOLOGIA DELL'ENTE (Az. Sanitaria, Università, I.R.C.S., etc.) RICHIEDENTE :

--

Indirizzo:															
Città:								Provincia:							
CAP:								Regione:							
Telefono:								Fax:							
E-mail di contatto:															
Codice Fiscale:															

NB: questi recapiti verranno utilizzati dalla segreteria della Commissione di valutazione per il riconoscimento delle strutture idonee a svolgere i corsi, per le future comunicazioni

AUTORIZZAZIONE A SVOLGERE :

CORSI DI FORMAZIONE Assistenza medica a bordo di navi mercantili "Medical Care"	Sì ☐	No ☐
CORSI DI AGGIORNAMENTO Assistenza medica a bordo di navi mercantili "Medical Care"	Sì ☐	No ☐
CORSI DI FORMAZIONE Primo Soccorso Sanitario "First Aid"	Sì ☐	No ☐
CORSI DI AGGIORNAMENTO Primo Soccorso Sanitario "First Aid"	Sì ☐	No ☐

Barrare la casella che interessa

EVENTUALI PRECEDENTI AUTORIZZAZIONI A SVOLGERE CORSI:

Sì ☐ No ☐	SE SÌ	INDICARE LA DATA DEL DECRETO MINISTERIALE DI AUTORIZZAZIONE: ____/____/____
---	-------	---

Firma leggibile e timbro _____

Data ____/____/____

ISTRUZIONI

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALL'ISTANZA DI AUTORIZZAZIONE

documenti richiesti:

- copia del regolamento per la disciplina del corso
- direttore del corso, con funzioni di organizzazione tecnica amministrativa
- piano dettagliato delle lezioni
- numero minimo e massimo degli allievi
- requisiti di ammissione
- obbligo di frequenza delle lezioni teoriche e delle esercitazioni pratiche
- relazione tecnico – sanitaria sui locali a disposizione per lo svolgimento dei corsi
- relazione sui reparti e servizi funzionanti della struttura sanitaria ai quali gli allievi potranno accedere per le lezioni e le esercitazioni pratiche
- elenco dei docenti e curricula vitae
- elenco del materiale didattico a disposizione degli allievi per le esercitazioni pratiche
- piano finanziario per l'organizzazione e lo svolgimento dei corsi

MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELL'ISTANZA DI AUTORIZZAZIONE :

La domanda, debitamente compilata in ogni sua parte, deve essere stampata, firmata dal legale rappresentante dell'Ente e inviata tramite Posta Elettronica Certificata all'indirizzo dgprev@postacert.sanita.it.

La documentazione da allegare alla domanda può essere inviata in formato elettronico unitamente alla domanda medesima, o in formato cartaceo, per posta prioritaria, al seguente indirizzo: Ministero della Salute Direzione Generale della Prevenzione via Ribotta 5 - 00144 Roma.

Non verranno considerate valide le domande prive della firma del rappresentante legale dell'Ente.

Istruzioni per la compilazione dell'istanza tesa ad ottenere il riconoscimento dell'idoneità a svolgere corsi di pronto soccorso sanitario per il personale navigante marittimo:

1. *Compilare elettronicamente oppure scrivere in modo leggibile*
2. *Indicare la tipologia dei corsi per i quali si richiede l'autorizzazione*
3. *Compilare tutti i campi richiesti, con particolare riguardo ai dati necessari ai fini dell'autorizzazione*

N.B *Le domande incomplete e/o non corredate dai documenti richiesti non potranno essere considerate*