

Inviare come ALLEGATO al seguente indirizzo e-mail: dip118@ausl.le.it e cdfleccesoccorso118@ausl.le.it INSIEME A RICHIESTA ATTIVAZIONE (2)

(3) ELENCO PERSONALE AUTORIZZATO UTILIZZO DAE - PROGETTO DEFIBRILLAZIONE PRECOCE –PAD – PUBLIC ACCESS DEFIBRILLATION

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	DATA CORSO BLS D E CENTRO DI FORMAZIONE	CDF ACCREDITATO REG. PUGLIA? SI/NO	AUTORIZZAZIONE USO DAE IN DATA	DIRETTORE 118 CHE HA CONCESSO AUTORIZZAZIONE

Il Responsabile Organizzativo Progetto Pad – Comune di _____

Data,

Firma _____