



AREUS

Azienda Regionale
Emergenza Urgenza
Sardegna



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato B) rev.4

Spett.le

Azienda Regionale Emergenza Urgenza della Sardegna
Via Luigi Oggiano, 25 08100 Nuoro NU
protocollogenerale@pec.areus.sardegna.it

**Oggetto: Trasmissione dei nominativi che hanno superato il corso di formazione all'uso del
DAE o il corso per Istruttore DAE, ai sensi della Deliberazione AREUS n°97 del 16
Marzo 2023**

Il/La _____ sottoscritto/a _____ Dott./Dott.ssa
(nome) _____ (cognome) _____, in qualità di Direttore
Scientifico, secondo quanto previsto dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii. e consapevole delle
sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.
76 del citato D.P.R. 445/2000, nonché della sanzione ulteriore prevista dall'art. 75 del medesimo D.P.R.
445/2000, consistente nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento
emanato sulla base della dichiarazione non veritiera,

DICHIARA

- Ente erogatore del corso di formazione _____
- L'attività formativa erogata ai soggetti sotto elencati rispondeva ai criteri stabiliti dal Regolamento approvato con Deliberazione AREUS n. 97 del 16 Marzo 2023 e la stessa era volta all'acquisizione delle competenze per (barrare la casella di interesse):

☐ rilascio dell'attestazione di "utilizzatore DAE" in ambito extraospedaliero e che gli stessi hanno sostenuto con esito positivo la prova di verifica finale,

☐ rilascio della certificazione di "istruttore DAE" e che gli stessi hanno sostenuto con esito positivo la prova di verifica finale,

NOME E COGNOME ISTRUTTORE DEL CORSO	FIRMA

Si inoltrano inoltre, a pena di irricevibilità della presente richiesta:

- Allegato D - Modulo di Consenso,
- Allegato B1 (EXCEL) - Elenco Operatori Formativi
- Copia documento di identità in corso di validità e codice fiscale del Direttore Scientifico.

Firma del Direttore Scientifico
