

Mod. CRI - S.A./2016
Evento privato

Alla Croce Rossa Italiana
Comitato locale di Itri
Via dei Sugheri n. 2, 04020 Itri (LT)
Tel/fax 0771.721.715 - Mail cl.itri@cri.it

OGGETTO: richiesta di ASSISTENZA SANITARIA e/o AMBULANZA per manifestazioni.

IL SOTTOSCRITTO ORGANIZZATORE		
Cognome e nome	luogo e data di nascita	
Indirizzo di residenza	Telefono	nella sua qualità di
CHIEDE A NOME DI (in caso di associazione, ente, persona giuridica ecc.)		
Denominazione	Partita iva o Codice Fiscale	
Indirizzo della sede legale	Telefono	e-mail
PER IL GIORNO	DALLE ORE	ALLE ORE
L'ASSISTENZA SANITARIA		
PER L'EVENTO DENOMINATO	NUMERO PERSONE DA ASSISTERE	
LUOGO	AUTORITA' INFORMATE DELL'EVENTO	
	<input type="checkbox"/> PL <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> VVFF <input type="checkbox"/> 118 <input type="checkbox"/> CFS	
VI E' NECESSITA' DEL MEDICO O INFERMIERE DELLA CROCE ROSSA ITALIANA? (N.B. obbligatorio per assistenza sanitaria con ambulanza)		
<input type="checkbox"/> NO - <input type="checkbox"/> SI con spese a carico dell'Organizzatore		
VI E' UN MEDICO O INFERMIERE DELL'ORGANIZZAZIONE? (N.B. obbligatorio per servizi con ambulanza se non richiesto sopra)	TELEFONO	
<input type="checkbox"/> NO - <input type="checkbox"/> SI, il suo nominativo è: _____		
PER LE SEGUENTI ATTIVITA':		
<input type="checkbox"/> Evento sportivo - <input type="checkbox"/> Evento ludico/ricreativo - <input type="checkbox"/> Concerto - <input type="checkbox"/> Evento culturale o religioso <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____		
ALTRE RICHIESTE: _____		

COMUNICAZIONI ALL'ORGANIZZATORE:

- L'Organizzatore dell'evento è informato che, **ai sensi della L.R. 49/1989** così come integrata dal D.C.A. n. U00158 del 24/04/2015, **l'equipaggio dell'ambulanza adibita al soccorso dovrà essere coordinato da un medico/infermiere. In assenza di tali figure professionali i Volontari** della Croce Rossa Italiana non potranno svolgere il soccorso con l'ambulanza, ma **garantiranno** comunque **il primo soccorso qualificato** (ad es.: rilevamento e sostegno delle funzioni vitali di base, utilizzo del defibrillatore, gestione della chiamata di emergenza al 118, eventuale preospedalizzazione del traumatizzato ecc.);
- Per eventi a grande afflusso e competizioni sportive **sarà necessario l'impiego di ambulanza di soccorso** (MSAB o MSA ossia con infermiere o medico a bordo). Per le competizioni sportive dilettantistiche e/o amatoriali **si valuti l'impiego di soli soccorritori a bordo campo abilitati all'uso del defibrillatore semiautomatico**, in quanto le relative federazioni/regolamenti/normative, potrebbero non prescrivere l'impiego dell'ambulanza di soccorso;
- L'Organizzatore dell'evento è informato che ogni 6 ore continuative di servizio (compreso il tempo necessario per recarsi sul posto e per il ritorno in sede) ovvero in concomitanza degli orari del pranzo e della cena i Volontari impiegati avranno **diritto ad un pasto** ed, oltre le 12 ore di servizio fuori sede, **al pernottamento** le cui spese saranno a suo carico;

- **INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (D. Lgs 196/2003):**

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003, si informa la S.V. che i dati comunicati formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa per l'esclusivo fine di provvedere agli adempimenti connessi ai servizi richiesti o alle procedure amministrative della Croce Rossa Italiana, degli enti pubblici o di altri soggetti privati eventualmente interessati. Il trattamento dei dati avverrà mediante strumenti idonei a garantirne sicurezza e riservatezza e potrà essere effettuato in forma scritta e supporto cartaceo, elettronico o telematico. In relazione al predetto trattamento Lei potrà esercitare in qualsiasi momento i diritti di cui all'art. 7 D.Lgs. 196/2003, ossia: diritto di accesso ai dati, diritto di conoscere se esistono Suoi dati personali registrati, ottenerne la cancellazione, l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione, opporsi al trattamento di dati illegittimi o quello effettuato per fini diversi. Il titolare del trattamento dei dati è l'Associazione di Promozione Sociale "Croce Rossa Italiana - Comitato locale di Itri". Ulteriori informazioni potranno essere direttamente richieste alla medesima Unità C.R.I. incaricata di espletare il servizio. Apponendo la firma in calce al presente modulo Lei esprime il consenso al trattamento dei Suoi dati personali, assumendone la piena responsabilità circa lo loro autenticità e genuinità.

ACCETTAZIONE DEL SERVIZIO (parte riservata alla C.R.I.)

La "Croce Rossa Italiana - Comitato locale di Itri" informa l'Organizzatore che il servizio sarà effettuato seguendo le indicazioni di cui sopra e che lo stesso avrà il seguente costo indicativo:

- applicazione **tariffa evento singolo**, €90,00 (fino a 2 ore), **senza onorari per medico/infermiere;**
 - tariffa ½ giornata**, €180,00 (fino a 6 ore), **senza onorari per medico/infermiere;**
 - tariffa giornata intera**, €320,00 (fino a 12 ore), **senza onorari per medico/infermiere;**
 - applicazione **tariffa concordata**, € _____, **con/senza onorari di medico/infermiere;**
- (ad es. servizi calendarizzati, stagionali, senza scopo di lucro o di particolare rilievo socio-culturale)
- più €2,00 in caso di rilascio fattura per importi superiori ad Euro 77,47

Gli onorari di medici/infermieri e le altre spese accessorie non preventivate sopra, saranno:

- a carico dell'Organizzatore che provvederà direttamente a corrisponderli;
- a carico della C.R.I. che specificherà la voce nella fatturazione.

L'Organizzatore firmando in calce accetta le condizioni di cui sopra ed i relativi costi che si impegna a corrispondere:

- in acconto per la quota parte di € _____, in contanti/assegno non trasferibile
- a saldo al termine del servizio in contanti o con assegno non trasferibile
- a saldo con bonifico bancario sul conto corrente IBAN: "IT 68 A 05296 74000 CC0150007418"

Itri, ___/___/____

L'Operatore C.R.I. _____

Itri, lì ___/___/____ -

L'Organizzatore
(Timbro e firma)