

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
NEL 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) _____		
Note o richieste: _____		

INFORMAZIONI PER L'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.

Itri, li ___/___/____ - L'Organizzatore
(Timbro e firma)

INOLTRO DELLA RICHIESTA (parte riservata al Comune)

Si richiede al Presidente della "Croce Rossa Italiana - Comitato locale di Itri" la disponibilità ad effettuare il servizio di assistenza sanitaria seguendo le indicazioni di cui sopra secondo quanto previsto dagli accordi, in quanto l'evento è patrocinato dal Comune o riveste particolare rilievo socio-culturale.

Gli onorari di medici/infermieri e le altre spese accessorie (pasti, pernottamenti ecc.) saranno:
 a carico dell'Organizzatore che provvederà direttamente;
 a carico della C.R.I. che emetterà fattura/ricevuta all'Organizzatore.

Itri, li ___/___/____ - Il Comune
(Timbro e firma dell'incaricato)

ACCETTAZIONE DELLA RICHIESTA (parte riservata alla C.R.I.)

Prot. n. CRI-CL _____ - 2016 del ___/___/____

L'Operatore CRI _____