

Scuola

| |
|-------|
| |
| |
| |

SPEDIRE TIMBRATO E FIRMATO al n° FAX 0733.290.521

Spett.le

Associazione David Carelli Onlus

Via Sant'Egidio, 3 - 62010 Montecassiano (MC)

codice fiscale **930271570431**

Registro Regione Marche delle Organizzazioni di Volontariato n° **149 del 20/11/2013**

www.davidcarelli.org mail info@davidcarelli.org tel **0733.299035** fax **0733.290.521**

Banca Nazionale del Lavoro iban: **IT 83 A 01005 13400 0000 0000 1171**

Poste Italiane iban : **IT 31 J 07601 13400 0010 1699 0622**



Data _____

Oggetto: **RICHIESTA DEFIBRILLATORE**

Si richiede la fornitura di un defibrillatore DAE, omologato, a titolo gratuito, spedito e collaudato senza spese per la scuola. Siamo a conoscenza che la priorità nella individuazione delle scuole assegnatarie sarà data oltre che dall'ordine cronologico di richiesta, anche dalla presenza nella scuola di personale formato all'uso del DAE.

A tale scopo si autocertifica che la scuola è **non è** in possesso di questo requisito. Se lo è dichiarare i nomi del personale preparato:

| |
|-------|
| _____ |
| _____ |
| _____ |
| _____ |

indicare il centro che ha rilasciato la certificazione

| |
|--|
| |
|--|

Indicare il nome del referente per il primo soccorso:

_____ telefono _____

Orario recapito _____

Indicare indirizzo esatto della scuola

Scuola _____

Via Piazza _____

Cap _____ Città _____ Prov _____

Tel _____ Fax _____ Mail _____

Firma del Dirigente _____ timbro

| |
|--|
| |
|--|