

DATA RICHIESTA _____

CODICE SCUOLA _____

TELEFONO _____

ASSOCIAZIONE DAVID CARELLI ODV
 Via Sant'Egidio 3 62010 MONTECASSIANO MC
 Tel. 335 7052 124 Mail info@davidcarelli.org
 Registro Regione Marche O.d.V. n°149 del 20.11.2013
 Iscrizione Registro Nazionale Unico RUNTS n° 40949
 Codice fiscale 93071570431 www.davidcarelli.org
 C.C. BPER IBAN IT1500538768970000004372478



RICHIESTA DEFIBRILLATORE

MODULO DA SCANSIONARE ED INVIARE PER MAIL A: info@davidcarelli.org

AUTOCERTIFICAZIONE

Si richiede con la presente la fornitura di un Defibrillatore DAE, omologato, a titolo gratuito, spedito e collaudato senza spese per l'Istituzione. 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 dei requisiti richiesti. Se lo è Indicare i nomi del personale preparato.

Nome Cognome

Ente Certificatore

INDICARE IL NOME DEL REFERENTE PER IL PRIMO SOCCORSO

TELEFONO

Indicare indirizzo esatto della scuola

Scuola _____

Via/piazza/n° _____

cap _____ Città _____

 Firma del Dirigente