

ALLEGATO E

**ISTANZA PER L'AUTORIZZAZIONE A SVOLGERE CORSI DI FORMAZIONE E/O DI  
AGGIORNAMENTO PER LA CERTIFICAZIONE "MEDICAL CARE" e/o "FIRST AID"**  
(Decreto legislativo 12 maggio 2015, n. 71; DM .....

**DENOMINAZIONE E TIPOLOGIA DELL'ENTE (Az. Sanitaria, Università, I.R.C.S., etc.) RICHIEDENTE :**

--

<b>Indirizzo:</b>																				
<b>Città:</b>	<b>Provincia:</b>																			
<b>CAP:</b>	<b>Regione:</b>																			
<b>Telefono:</b>	<b>Fax:</b>																			
<b>E-mail di contatto:</b>																				
<b>Codice Fiscale:</b>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td> </tr> </table>																			

*NB: questi recapiti verranno utilizzati dalla segreteria della Commissione di valutazione per il riconoscimento delle strutture idonee a svolgere i corsi, per le future comunicazioni*

**AUTORIZZAZIONE A SVOLGERE :**

<b>CORSI DI FORMAZIONE</b> Assistenza medica a bordo di navi mercantili "Medical Care"	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>CORSI DI AGGIORNAMENTO</b> Assistenza medica a bordo di navi mercantili "Medical Care"	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>CORSI DI FORMAZIONE</b> Primo Soccorso Sanitario "First Aid"	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>CORSI DI AGGIORNAMENTO</b> Primo Soccorso Sanitario "First Aid"	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

*Barrare la casella che interessa*

**EVENTUALI PRECEDENTI AUTORIZZAZIONI A SVOLGERE CORSI:**

SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SE SI	INDICARE LA DATA DEL DECRETO MINISTERIALE DI AUTORIZZAZIONE: ____/____/____
-----------------------------	-----------------------------	-------	-----------------------------------------------------------------------------

**Firma leggibile e  
timbro**

\_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## ISTRUZIONI

### DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALL'ISTANZA DI AUTORIZZAZIONE

**documenti richiesti:**

- copia del regolamento per la disciplina del corso
- direttore del corso, con funzioni di organizzazione tecnica amministrativa
- piano dettagliato delle lezioni
- numero minimo e massimo degli allievi
- requisiti di ammissione
- obbligo di frequenza delle lezioni teoriche e delle esercitazioni pratiche
- relazione tecnico – sanitaria sui locali a disposizione per lo svolgimento dei corsi
- relazione sui reparti e servizi funzionanti della struttura sanitaria ai quali gli allievi potranno accedere per le lezioni e le esercitazioni pratiche
- elenco dei docenti e curricula vitae
- elenco del materiale didattico a disposizione degli allievi per le esercitazioni pratiche
- piano finanziario per l'organizzazione e lo svolgimento dei corsi

**MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELL'ISTANZA DI AUTORIZZAZIONE :**

La domanda, debitamente compilata in ogni sua parte, deve essere stampata, firmata dal legale rappresentante dell'Ente e inviata tramite Posta Elettronica Certificata all'indirizzo [dgprev@postacert.sanita.it](mailto:dgprev@postacert.sanita.it).

La documentazione da allegare alla domanda può essere inviata in formato elettronico unitamente alla domanda medesima, o in formato cartaceo, per posta prioritaria, al seguente indirizzo: Ministero della Salute Direzione Generale della Prevenzione via Ribotta 5 - 00144 Roma.

**Non verranno considerate valide le domande prive della firma del rappresentante legale dell'Ente.**

*Istruzioni per la compilazione dell'istanza tesa ad ottenere il riconoscimento dell'idoneità a svolgere corsi di pronto soccorso sanitario per il personale navigante marittimo:*

1. *Compilare elettronicamente oppure scrivere in modo leggibile*
2. *Indicare la tipologia dei corsi per i quali si richiede l'autorizzazione*
3. *Compilare tutti i campi richiesti, con particolare riguardo ai dati necessari ai fini dell'autorizzazione*

*N.B Le domande incomplete e/o non corredate dai documenti richiesti non potranno essere considerate*

