



CENSIMENTO DEFIBRILLATORI SEMI-AUTOMATICI ESTERNI

Compilare in seguito all'installazione del DAE ed inviare via mail come da schema riportato in nota (*).

Anagrafica apparecchiatura

Costruttore _____	Modello _____
Matricola _____	

Referente del DAE (necessario per le comunicazioni future)

Nome _____	Cognome _____
E-MAIL _____	
Telefono _____	Telefono per attivazione (opzionale) _____

Postazione : FISSA MOBILE (su autovettura, camion, etc...)

Ubicazione (se MOBILE, si intende la sede di riferimento del referente)

Denominazione della Sede _____	
Tipologia struttura (es. scuola, impianto sportivo, impresa privata, etc...) _____	
Provincia _____	Comune _____
Località _____	
Indirizzo _____	Civico _____
Coordinate geografiche (se disponibili)	
Latitudine _____	Longitudine _____

Note di accesso alla sede

Breve descrizione del posizionamento del DAE (es: vicino distributore bevande, teca esterna) _____ _____
Modalità di Accesso alla Sede (es: identificarsi alla portineria) _____ _____

N.B. E' utile allegare, possibilmente via mail, una **fotografia** da una prospettiva che permetta di individuare la collocazione del DAE nel luogo.



CENSIMENTO DEFIBRILLATORI SEMI-AUTOMATICI ESTERNI

Disponibilità

Dal mese _____ al mese _____

Orario: Non definito H 24 Parziale (specificare sotto)

Giornaliera

Lunedì dalle _____ alle _____ ; Martedì dalle _____ alle _____ ; Mercoledì dalle _____ alle _____

Giovedì dalle _____ alle _____ ; Venerdì dalle _____ alle _____ ; Sabato dalle _____ alle _____

Domenica dalle _____ alle _____

Scadenze di manutenzione

Scadenza elettrodi adulti : _____

Scadenza elettrodi pediatrici : _____ (barrare se NON presenti)

Scadenza batterie : _____

E' disponibile a rendere pubblico l'uso del dispositivo attraverso il sito www.118er.it/DAE e App DAE Responder : SI NO

N.B. L'effettiva presenza e l'eventuale utilizzo del DAE, fatto salvo i casi espressamente descritti dalla normativa vigente, NON costituiscono un obbligo.

Ai sensi del D.Lgs. 196/03 do il mio consenso al trattamento dei dati forniti

Data _____ Firma _____

(*) NOTA: Compilare in seguito all'installazione del DAE ed inviare via mail alla Azienda Sanitaria ed alla Centrale Operativa 118 competente per territorio, secondo il seguente schema:

AUSL	Area	E-mail Area	E-mail Centrale 118 di competenza
Piacenza	Piacenza	supportDAEpiacenza@118er.it	Coordinamento118emiliaovest@118er.it
Parma	Parma	supportDAEparma@118er.it	
Reggio E.	Reggio E.	supportDAEreggioemilia@118er.it	
Modena	Modena	supportDAEmodena@118er.it	Coordinamento118emiliaest@118er.it
Bologna	Bologna	supportDAEbologna@118er.it	
Imola	Imola	supportDAEimola@118er.it	
Ferrara	Ferrara	supportDAEferrara@118er.it	
Romagna	Ravenna	supportDAEravenna@118er.it	Coordinamento118romagna@118er.it
	Forlì	supportDAEforli@118er.it	
	Cesena	supportDAEcesena@118er.it	
	Rimini	supportDAErimini@118er.it	