

**OBBLIGHI PREVISTI DAL DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE 24.04.2013 (c.d. Decreto “Balduzzi”. Pubblicato in G.U. n. 169 del 20.07.2013) contenente le linee guida per la dotazione e l’impiego da parte delle società professionistiche e dilettantistiche di defibrillatori automatici esterni DAE)**

Gli obblighi sotto riportati decorrono dalla data del **1 gennaio 2017**.

1. il concessionario è obbligato ad assicurarsi della presenza e del regolare funzionamento del DAE. Il concessionario attesta l’avvenuto adempimento di questo obbligo mediante compilazione e sottoscrizione dell’apposito registro giornaliero inerente a questo tipo di verifica. I controlli dovranno essere eseguiti in conformità a quanto previsto dal manuale di istruzioni, uso e manutenzione di cui il dispositivo è corredato.
2. il concessionario si accerta periodicamente della sussistenza della condizione di accessibilità al DAE e di praticabilità/percorribilità di tutti i tragitti interni da compiere per prelevare il DAE dal suo contenitore in caso di necessità.
3. il concessionario garantisce SEMPRE durante le gare , gli allenamenti ed ogni altra attività svolta nell’ambito della concessione in uso temporaneo della palestra rilasciata dal Comune, la presenza di almeno una persona formata e addestrata all’uso del DAE in dotazione, regolarmente autorizzata.
4. il concessionario è tenuto:
  - a) a individuare un referente incaricato di verificare regolarmente la sussistenza delle condizioni di accessibilità e l’operatività del DAE in dotazione all’impianto secondo quanto già precisato nei precedenti punti 1 e 2 e che sia presente durante l’attività sportiva di cui al punto 3;
  - b) a individuare uno o più sostituti del referente di cui sopra incaricati di svolgere i medesimi compiti in caso di assenza o impedimento del referente; nel caso di mancanza di sostituti, qualora il referente sia assente, non potrà essere svolta attività sportiva nell’impianto;
  - c) a comunicare al Comune **entro la data del 20.6.2018** per l’anno di attività sportiva 2018/19 i nominativi del referente e del suo sostituto corredati di copia dell’autorizzazione all’uso del defibrillatore DAE, e relativi recapiti telefonici e di posta elettronica; detta comunicazione dovrà anche avvenire all’inizio di ogni successivo anno di attività sportiva;
  - d) a tenere a disposizione del Comune, della centrale Operativa 118 e di ogni altra autorità competente la documentazione di cui alla precedente lettera c);
  - e) a prevedere l’esecuzione giornaliera di almeno un controllo immediatamente prima dell’inizio dell’attività di uso sportivo della palestra scolastica secondo quanto indicato dal manuale delle istruzioni;
  - f) a comunicare al Comune tramite mail (sport@comune.monfalcone.go.it ) con la massima urgenza, attraverso il referente di cui alla lettera a), l’eventuale esito negativo del controllo di funzionalità del DAE, eventuali danneggiamenti anche accidentali del DAE, accertandosi che l’ufficio comunale ricevente confermi l’avvenuto ricevimento della comunicazione;
  - g) a comunicare l’eventuale esito negativo di dette verifiche anche:
  - h) all’Associazione sportiva o altro concessionario che subentri nell’uso dell’impianto in base all’orario delle concessioni della giornata ;
  - i) alla Centrale Operativa 118;
  - j) a sospendere l’attività sportiva programmata nell’impianto dal momento in cui sono state riscontrate anomalie nel funzionamento del DAE oppure è stato verificato che il DAE ha la batteria scarica o non è presente nel suo alloggiamento o è privo di qualche accessorio indispensabile al suo funzionamento, fino a quando non sarà ripristinata la piena funzionalità del DAE oppure fino a quando quest’ultimo non sarà sostituito con un altro DAE; in alternativa alla sospensione di cui alla presente lettera, l’attività

programmata potrà proseguire solo nel caso in cui si garantisca la messa a disposizione nell'impianto di un DAE sostitutivo avente caratteristiche di conformità alle norme vigenti in materia (marcatura CE come dispositivo medico ai sensi della vigente normativa comunitaria e nazionale: Direttiva 93/42/CEE, D. Lgs. N. 46/1997; Per quant'altro non espressamente contemplato, valgono le norme contenute nel Regolamento Comunale per la concessione degli impianti sportivi.



SOSTITUTO/I

Nome \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Posta elettronica \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Posta elettronica \_\_\_\_\_

**Dichiara inoltre che**

- l'ente formatore (specificare quale) \_\_\_\_\_ ha regolarmente inviato l'elenco degli operatori accreditati alla centrale del 118 di Gorizia;

oppure

- di aver inviato direttamente l'elenco degli operatori accreditati alla centrale del 118 di Gorizia compilando il modello allegato alla presente di cui si fornisce una copia per il Comune.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Si allega:**

Copia dell'autorizzazione all'uso dei DAE per ciascun nominativo sopraindicato;

**Copia fotostatica leggibile fronte/retro del documento di identità in corso di validità**, del presidente/ legale rappresentante dell'Associazione/Società.

Elenco operatori accreditati inviato alla centrale del 118 di Gorizia (qualora si sia barrata la seconda casella).

*Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/16, il Comune informa che i dati personali riportati nel presente modulo vengono trattati, sia in forma cartacea che con strumenti elettronici, per gli adempimenti previsti nel presente procedimento e nelle leggi relative. Potranno essere esercitati, in ogni momento, i diritti previsti dal Regolamento UE 679/16.*

*Titolare del trattamento dei Suoi dati è il Comune di Monfalcone, Piazza della Repubblica n. 8;*

*Responsabile del trattamento dei Suoi dati è il Dirigente dell'Area Sociale e Culturale a cui Ella potrà rivolgersi, in qualsiasi momento, per richiederne la modifica o la cancellazione e, comunque, per far valere i Suoi diritti così come previsto dal succitato Regolamento.*

FAC SIMILE SCHEDA PARTECIPAZIONE CORSO BLSD	
NOME E COGNOME	
QUALIFICA	
DATA DI NASCITA	
COMUNE DI NASCITA	
CODICE FISCALE	
INDIRIZZO DI DOMICILIO	
CAP DI DOMICILIO	
COMUNE DI DOMICILIO	
TELEFONO 1	
TELEFONO 2	
E MAIL	
ENTE APPARTENENZA	
ISTRUTTORE CORSO BLSD	
DATA ULTIMO CORSO BLSD	
DATA SCADENZA CORSO BLSD	