**Allegato 1)**

**FORMAT DOMANDA DI ACCREDITAMENTO PER LA FORMAZIONE E L’AUTORIZZAZIONE ALL’UTILIZZO DEL DEFIBRILLATORE SEMIAUTOMATICO ESTERNO (DAE)**

*DENOMINAZIONE SOCIALE DEL ENTE*

*INDIRIZZO SEDE LEGALE*

ARS – REGIONE MARCHE

VIA GENTILE DA FABRIANO n.3

60125 ANCONA (AN)

**OGGETTO: Richiesta di Accreditamento del centro/ente per la formazione finalizzata al rilascio dell’autorizzazione all’utilizzo del DAE**

Si richiede l'accreditamento dell’ente/centro con ragione sociale (*DENOMINAZIONE )* sede legale di (*CITTÀ)*  ubicata in (*INDIRIZZO*) per le sedi operative di (*CITTÀ*) ubicata in (*INDIRIZZO)*  per la formazione e l’autorizzazione all’utilizzo del DAE*.*

Distinti saluti

Luogo, data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Legale Rappresentante

TIMBRO E FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* riferimento telefonico:
* posta elettronica:

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO DEL LEGALE RAPPRESENTANTE**

Il Sottoscritto (*COGNOME e NOME)*

nato a (*CITTA’)* prov. ( ) il (*DATA)*

Codice Fiscale (*CF)*

residente a (*CITTA’)* prov. ( )

indirizzo(*INDIRIZZO)*

in qualità di Legale Rappresentante di (*RAGIONE SOCIALE DELL’ENTE)*con sede legale in (*CITTA’)*

facente parte di:

* Enti del Servizio Sanitario Regionale
* Università
* Ordini professionali sanitari
* Organizzazioni medico scientifiche di rilevanza nazionale
* Croce Rossa Italiana
* Associazioni di volontariato nazionali e regionali operanti in ambito sanitario
* Enti pubblici che hanno come fine istituzionale la sicurezza del cittadino
* Altri soggetti pubblici e privati operanti in ambito sanitario
* visto Accordo Stato Regioni del 30/07/2015 recante: *“Indirizzi per il riconoscimento dei soggetti abilitati all’erogazione di corsi di formazione finalizzati al rilascio dell’autorizzazione all’impiego del defibrillatore semiautomatico esterno (DAE) – ai sensi del dm 18 marzo 2011”. (Rep. Atti n. 127/CSR);*
* vista la Delibera di Giunta n. 161 del 27/02/2017 che approva il modello regionale di accreditamento degli enti/soggetti abilitati all’erogazione dei corsi di formazione finalizzati al rilascio dell’autorizzazione all’impiego dei DAE;
* vista la Delibera di Giunta n.443/18 che modifica la precedente deliberazione;
* consapevole che la durata dell’accreditamento è pari a tre anni, con possibilità di rinnovo;
* consapevole che i dati forniti con la richiesta di accreditamento costituiscono dichiarazione formale dei requisiti ed accettazione delle norme che regolano il sistema accreditamento ed autorizzazione all’utilizzo del DAE della Regione Marche, fatte salve tutte le norme di legge vigenti in materia;
* consapevole delle sanzioni previste dall’art. 76 del Testo unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall’art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità, ai sensi degli articoli 46 e 47 del citato D.P.R 445/2000

**DICHIARA**

**CHE L’ENTE RAPPRESENTATO:**

* ha n° \_\_\_ **sedi operative** con requisiti necessari alla gestione delle attività formative e situate nella Regione Marche
* è in possesso dei **requisiti minimi** previsti dall’Accordo Stato Regioni 2015 e specificati nell’allegato n. 2, art. 3.1 della DGR n 161/2017
* ha evidenziato nel proprio statuto/atto aziendale **l’impegno nel campo della formazione** (anche a titolo non esclusivo)
* è in possesso di un’**adeguata struttura di formazione** nel campo della rianimazione cardiopolmonare adulto e pediatrico e dell’utilizzo del DAE
* è in possesso di un **Regolamento** dei percorsi di formazione ed aggiornamento continuo degli istruttori
* ha un servizio/struttura preposta alla formazione con al suo interno un medico con competenze nell’ambito della Rianimazione cardiopolmonare, che assume la funzione di **Direttore Scientifico,** responsabile della rispondenza dei corsi ai criteri previsti. Di seguito riportati i suoi riferimenti:
	+ nome e cognome
	+ riferimento telefonico
	+ posta elettronica
* dispone di **almeno cinque (5) istruttori** certificati. Di seguito riportati i loro riferimenti:
	+ nome e cognome
	+ riferimento telefonico
	+ posta elettronica
* è in possesso di una struttura organizzativa per le funzioni di **segreteria** e di registrazione dell’attività connesse alla formazione
* dispone di **strumenti per la didattica** perfettamente funzionanti, necessari all’attività didattica per cui si chiede l’accreditamento:
	+ - n. aule….
		- n. manichini per esercitazione……….
		- n. e tipologia di defibrillatori………
		- altri materiali ed attrezzature (specificare)………
* dispone di almeno un **manuale didattico** che segue le ultime raccomandazioni International LiasonCommittee On Resuscitation (ILCOR)

**A TAL FINE SI IMPEGNA A**

* rispettare il programma e i contenuti dei corsi di formazione erogati;
* dare comunicazione all’ARS ed, esclusivamente per i corsi di tipologia “a” e “b” alla C.O.118 del territorio di competenza, un mese prima del suo inizio, mediante l’invio del programma di dettaglio, della durata e dei relativi orari, e del rapporto istruttori/discenti, al fine di consentire l’eventuale verifica ispettiva da parte dell’ARS e la partecipazione del delegato della Centrale 118 ai corsi di tipo “a” e “b” per il conseguente rilascio degli attestati di autorizzazione a defibrillare
* avvalersi, per la realizzazione dei corsi di formazione, della propria struttura di formazione;
* utilizzare adeguati spazi e materiali per la didattica;
* consentire eventuali visite ispettive effettuate dalla Commissione di Valutazione del Servizio Sanità e realizzate nella sede presso cui si svolge il corso di formazione, anche durante l’erogazione dello stesso;
* trasmettere alla CO118 del territorio di competenza i dati relativi ai corsi, esclusivamente per quelli di tipologia “a” e “b”, realizzati sul territorio regionale specificando le informazioni sui candidati formati;
* informare durante i corsi di formazione che è obbligo del soggetto detentore di un DAE comunicare alla Centrale Operativa Regionale 118 il possesso del dispositivo e la sua localizzazione/posizionamento, nonché fornire alla C.O.118 del territorio di competenza i dati sugli eventi di arresto cardiaco trattati con DAE;
* avvalersi di una Commissione preposta alla verifica finale dei partecipanti composta dall’istruttore che ha seguito i soggetti in formazione e dal Direttore della Centrale Operativa 118 (o suo delegato, scelto fra gli istruttori iscritti nello specifico registro) per i corsi di tipologia “a” e “b”; dall’istruttore e dal Direttore Scientifico del corso (o sanitario suo delegato, scelto fra gli istruttori iscritti nel registro del Centro di Formazione) per i corsi di tipologia “c” e “d”;
* utilizzare per i corsi di tipo “a” e “b” lo skill test concordato dai Direttori delle C.O.118;
* corrispondere ai componenti della commissione di verifica appartenenti al SSR una retribuzione stabilita secondo le tariffe previste dai rispettivi contratti per l’insegnamento, nel rispetto delle disposizioni degli enti di appartenenza;
* trasmettere all’ ARS ogni eventuale cambiamento di denominazione e dei requisiti dichiarati in possesso all’atto della presentazione della domanda di accreditamento;
* assumersi la responsabilità del rilascio al personale non sanitario dell’autorizzazione all’utilizzo del defibrillatore, che abbia superato la prova di valutazione finale nei corsi di tipo “c” e “d”;
* inserire sul sistema informatico regionale almeno i dati relativi: ai corsi di formazione programmati, agli istruttori certificati e ai soggetti che hanno ottenuto l’autorizzazione a defibrillare (che hanno frequentato i corsi di tipo “c” e “d”) e curarne l’aggiornamento. Inserire altresì i soggetti (che hanno frequentato i corsi di tipo “a” e “b”) che hanno ottenuto l’autorizzazione a defibrillare dal Direttore dell’Azienda Sanitaria (o suo delegato) su proposta del Direttore della Centrale Operativa 118 competente per territorio.

**PERTANTO RICHIEDE**

***L’ ACCREDITAMENTO IN QUALITÀ DI CENTRO/ENTE DI FORMAZIONE FINALIZZATO AL RILASCIO DELL’AUTORIZZAZIONE DELL’UTILIZZO DEL DAE***

* per le seguenti tipologie di soggetti:
* per operatori delle strutture sanitarie
* per operatori dei mezzi di soccorso sanitario
* per operatori dei progetti di defibrillazione precoce (DP)
* per la popolazione generale che si trovasse ad utilizzare un defibrillatore di pubblico accesso (PAD)
* e per le seguenti tipologie e articolazioni del corso:
* adulto
* pediatrico (bambino e lattante)
* neonatale

In fede,

 Il Legale Rappresentante

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo, data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Si allegano alla presente domanda:

- copia fotostatica del documento di identità del L.R.

- documentazione dei requisiti di cui alla Dgr n.161/2017(allegato n.2)

- procedure scritte inerenti l’erogazione del/dei corso/i di formazione indicanti:

* le modalità di accesso ai corsi
* la modalità di svolgimento dei corsi (incluso il retraining)
* la modalità di registrazione delle attività svolte
* modalità di nomina degli istruttori