**Modello D1**

**Oggetto**: Piano Estivo 2024 – Piano straordinario di protezione sanitaria per il soccorso sanitario in area extra ospedaliera durante il periodo estivo nelle località di maggiore afflusso turistico della Regione Lazio 1) Avviso Manifestazione di Interesse tra gli Enti, Associazioni e Istituzioni di volontariato a carattere associativo aventi la finalità di concorrere al conseguimento dei fini istituzionali del SSN per la copertura di n. 16 lotti territoriali .

**LOTTO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Modello D1 Elenco personale (Elenco delle unità di personale regolarmente abilitato al soccorso delle quali dispone l’Ente/Associazione/Istituzione complessivamente);**

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(prov.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di □ legale rappresentante □ procuratore (allegare atto di procura)

della società/associazione (indicare esatta ragione sociale) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede legale in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cap\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_P.IVA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in nome e per conto della associazione, sotto la propria responsabilità, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali richiamate dall’art. 76 del testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa di cui DPR 28 dicembre 2000 n. 445 in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci e/o formazione di atti falsi e/o uso degli stessi;

**dichiara**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Dati anagrafici** | | | | **Rapporto di volontariato** | | **Rapporto di lavoro** | | | | **Conduzione autovetture** | | **Titolo abilitante** | | **Anni maturati di esperienza in area critica** | **specializzazione** | **BLSD** | | **PBLSD** | | **ITA immobilizzazione trasporto atraumatico** | | **Gestione traumi**  **PEC**  **PNTLS** | | **ALS**  **ATLS** | | **118** | **GESTIONE MAXI**  **EMERGENZE** | **AVVICINAMENTO ELIAMBULANZA** | **GUIDA SICURA** |
|  | **Cognome** | **Nome** | **Data di nascita** | **Luogo di nascita** | **Numero iscrizione registro** | **Anno di iscrizione** | **CCNL** | **UNILAV** | **Profilo professionale** | **Partita IVA** | **Patente** | **Anno scadenza patente** | **Numero iscrizione Ordine/**  **Collegio**  **X autisti numero patente** | **PROVINCIA Ordine/Collegio**  **X autisti**  **Data scadenza patente** |  |  | **ENTE** | **ANNO CONSEGUIMENTO** | **Ee** | **A** | **E** | **A** | **E** | **A** | **E** | **A** |  |  |  |  |