

**AVVISO PUBBLICO**  
**Attività di soccorso e supporto**  
**Regolamentazione Elenco – Associazioni e Enti Privati**

**Ricerca di soggetti operanti nel settore del trasporto e soccorso infermi nella Regione Lazio, per la costituzione di un *Elenco di soggetti attivabili per attività di soccorso nel territorio della Regione Lazio.***

L'Azienda Regionale Emergenza Sanitaria in esecuzione della delibera n. \_\_ del Direttore Generale in data \_\_ gennaio 2014 regolamenta *Elenco di soggetti attivabili per attività di soccorso e supporto*, con diverse sezioni sulla base della natura dei soggetti e della disponibilità offerta e con suddivisione per ambito provinciale territoriale.

Possono chiedere di essere iscritte all' *Elenco di soggetti attivabili per attività di soccorso e supporto* -

1. gli enti di cui all'art. 34 comma a del Dlgs 163/2006, ,
2. gli organismi iscritti all'elenco regionale di cui all'art. 4 della Legge n. 266,
3. le cooperative sociali iscritte all'elenco regionale di cui all'art. xx della Legge
4. I comitati locali e provinciali e le diverse articolazioni della CRI

L'elenco è suddiviso nella Sezione enti privati e nella Sezione Associazioni di cui ai rispettivi bandi: le diverse articolazioni territoriali della CRI e le cooperative sociali possano presentare domanda in modo simile in uno o nell'altro bando, a seconda della natura giuridica assunta. Per le attività di soccorso è necessario il possesso dell'autorizzazione al trasporto infermi

L'iscrizione nell'Elenco è condizione necessaria per l'erogazione di servizi di Attività di Soccorso e Supporto nel territorio di riferimento, ma non costituisce titolo per l'affidamento di servizi.

I soggetti che intendono avanzare richiesta di iscrizione all'Albo, devono presentare specifica domanda, sottoscritta dal Legale Rappresentante correlata dalla documentazione richiesta. Con la domanda gli enti si impegnano ad accettare incondizionatamente quanto previsto nella delibera n. \_\_ del Direttore Generale in data \_\_ dicembre 2013 di costituzione dell'elenco, nell'Avviso e nell'allegato Disciplinare/Convenzione su modalità e specifiche tecniche .

Le domande di iscrizione all'elenco, corredate da tutti i documenti richiesti, devono pervenire in plico chiuso e sigillato alla Direzione Generale ARES 118 (viale Portuense 240, 00149 Roma), Protocollo Generale Aziendale, con la seguente dicitura riportata sulla busta "Richiesta iscrizione all'Elenco dei Soggetti Attivabili per Attività di Soccorso e Supporto" . L'analisi delle domande pervenute avverrà con cadenza trimestrale. Gli enti di cui agli attuali elenchi aziendali a comunicare, secondo la modulistica allegata agli avvisi, la conferma della propria disponibilità o viceversa le variazioni rispetto a quanto a suo tempo presentato

Le domande pervenute verranno valutate da un'apposita commissione nominata dal ARES 118. In ogni caso sarà comunque possibile, a discrezione del ARES, procedere alla verifica del possesso dei requisiti che hanno determinato l'iscrizione, e di quelli previsti nelle specifiche tecniche e nelle modalità di erogazione delle prestazioni prima o dopo l'inserimento nell'elenco.

L'ARES si riserva la possibilità di modificare e integrare i requisiti attualmente richiesti.

Presso il sito [www.ares118.it](http://www.ares118.it) è disponibile la delibera n. \_\_ del Direttore Generale in data \_: \_ gennaio 2014 di regolamentazione dell'elenco, l'Avviso e il Disciplinare/Convenzione tipo su modalità e specifiche tecniche nelle loro eventuali successive integrazioni e/o modificazioni.

Ulteriori informazioni possono essere chiesta a \_\_\_\_\_

**MODELLO A DI AUTODICHIARAZIONE DITTE**  
(da compilare e sottoscrivere da parte del legale rappresentante)

**Spett.le Direttore Generale**  
**Azienda Regionale per l'Emergenza Sanitaria ARES 118**  
**Via Portuense 240 - 00149 ROMA**

**OGGETTO :Bando per la selezione di enti disposti a collaborare con ARES 118**

*Dichiarazioni per la partecipazione in merito al possesso dei requisiti:*

La sottoscritta Ditta/Impresa.....  
con sede a.....via .....n°.....  
c.a.p.....(Provincia.....) telefono.....  
fax.....Partita Iva.....  
indirizzo di posta elettronica :.....  
esercente l'attività di.....  
.....  
iscritta alla Camera di Commercio di:.....  
dal .....con il numero.....  
nella persona del Sig.....  
titolare/legale rappresentante nato a.....(Pr.....) il.....  
codice fiscale.....

**CHIEDE**

Di partecipare al bando di selezione in oggetto *dichiarando la propria disponibilità ad operare in supporto o sostituzione delle attività di ARES 118 nei seguenti territori delle Province della Regione Lazio, secondo quanto definito nel disciplinare tecnico*

Modulo _____	Provincia _____

A tal fine, ai sensi e per effetto degli artt. n. 48 e n. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di mendaci asserzioni e consapevole che l'amministrazione si riserva la facoltà di effettuare controlli sulle dichiarazioni prodotte, anche acquisendo la relativa documentazione

**DICHIARA**

- di essere regolarmente iscritta alla Camera di Commercio nel/i settore/i di attività corrispondente/i alle categorie merceologiche per le quali chiede l'iscrizione
- di essere regolarmente autorizzata al trasporto infermi con decreto n. \_\_\_ del \_\_\_\_\_ della Regione Lazio
- di aver affidato la responsabilità sanitaria al dott. .... nato a ..... il .../.../.... iscritto con n° .....all'Ordine dei Medici della Provincia di .....
- di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali a favore dei dipendenti;
- di mantenere regolari posizioni previdenziali ed assicurative presso:  
l'INPS sede di \_\_\_\_\_ matricola n \_\_\_\_\_,  
l'INAIL sede di \_\_\_\_\_ matricola n \_\_\_\_\_,
- di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse;
- che nell'esercizio della propria attività professionale non ha commesso errori gravi;

**MODELLO A DI AUTODICHIARAZIONE DITTE**  
(da compilare e sottoscrivere da parte del legale rappresentante)

- di aver ottemperato alle norme poste a tutela del diritto al lavoro dei disabili (art. 17 legge 12 marzo 1999, n° 68), o di esserne esonerata per ragioni inerenti al numero delle unità occupate;
- di non essersi avvalsa dei piani individuali di emersione del lavoro sommerso, o di averlo completato, ai sensi della legge 22 novembre 2002, n° 266;
- che la ditta e/o la società da lui rappresentata non è mai incorsa in provvedimenti che comportano l'incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione
- di non aver avuto, in esito a precedenti affidamenti di opere o forniture, relazioni negative;
- di non essersi resa gravemente colpevole di false dichiarazioni nel fornire le informazioni richieste.
- di essere in regola con la normativa vigente in materia di prevenzione della criminalità mafiosa, e di non trovarsi in stato di liquidazione, fallimento, concordato o amministrazione controllata;
- che il titolare o legale/i della ditta non è stato sottoposto a condanna, con sentenza passata in giudicato, per qualsiasi reato che incida sulla moralità professionale, o per delitti finanziari
- che l'Ente ha la seguente esperienza nel settore del trasporto infermi e all'attività di soccorso per i sotto specificati enti, pubblici (in particolare ARES) o accreditati, nei sottoindicati periodi:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**DICHIARA INOLTRE**

(altri elementi rilevanti)

---

**DICHIARA INOLTRE**

- di accettare integralmente ed incondizionatamente tutte le condizioni poste nel bando di selezione e relativi allegati e in particolare nelle modalità descritte nel disciplinare;
- di mantenere la disponibilità valida per 180 giorni dalla data di scadenza di presentazione della stessa, obbligandosi a fornire immediata comunicazione del variare della stessa;
- di aver preso visione dell'informativa di cui agli art. 13 e 22 del D.Lgs 196/03, allegata al presente bando;
- di obbligarsi al pieno rispetto delle misure di sicurezza sul trattamento dei dati personali che ARES 118 ha adottato con il Documento Programmatico di Sicurezza così come pubblicato sul sito aziendale dell'ARES 118 Lazio;

**AUTORIZZA**

L'ARES 118 alla raccolta, conservazione e trattamento dei dati comunicati con la presente per il periodo necessario allo svolgimento dell'attività amministrativa correlata nel rispetto delle prescrizioni contenute nel D. Lgs 196/03.

....., li .....

**TIMBRO e FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE** Con in allegato  
FOTOCOPIA DOCUMENTO D'IDENTITÀ

**MODELLO A DI AUTODICHIARAZIONE ASSOCIAZIONI**  
(da compilare e sottoscrivere da parte del legale rappresentante)

**Spett.le Direttore Generale**  
**Azienda Regionale per l'Emergenza Sanitaria ARES 118**  
**Via Portuense 240 - 00149 ROMA**

**OGGETTO :Bando per la selezione di enti disposti a collaborare con ARES 118**

*Dichiarazioni per la partecipazione in merito al possesso dei requisiti:*

La sottoscritta Associazione.....  
con sede a.....via .....n°.....  
c.a.p.....(Provincia.....) telefono.....  
fax.....Partita Iva.....  
indirizzo di posta elettronica :.....

Il sottoscritto: \_\_\_\_\_  
Nato (luogo e data di nascita): \_\_\_\_\_  
Residente: Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_;  
Via/p.zza \_\_\_\_\_  
Legale/i rappresentante/i dell'associazione o persona legalmente autorizzata ad impegnare  
l'associazione:

\_\_\_\_\_  
Con sede in: Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_;  
Via/p.zza \_\_\_\_\_  
con codice fiscale n.: \_\_\_\_\_  
e /o con partita IVA n.: \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di partecipare al bando di selezione in oggetto *dichiarando la propria disponibilità ad operare in supporto o sostituzione delle attività di ARES 118 nei seguenti territori delle Province della Regione Lazio, secondo quanto definito nel disciplinare tecnico*

Modulo _____	Provincia _____

A tal fine, ai sensi e per effetto degli artt. n. 48 e n. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di mendaci asserzioni e consapevole che l'amministrazione si riserva la facoltà di effettuare controlli sulle dichiarazioni prodotte, anche acquisendo la relativa documentazione

**DICHIARA**

- che l'associazione è attualmente iscritta al Registro Regionale delle Organizzazioni di Volontariato della Regione Lazio – articolazione provinciale di ....., n. .... e data iscrizione .....
- che l'associazione è regolarmente autorizzata al trasporto infermi con decreto n. \_\_\_ del \_\_\_ della Regione Lazio ovvero che non è autorizzata e si presenta per il solo supporto logistico agli eventi
- che la responsabilità sanitaria (anche se non autorizzata) è affidata al dott. .... nato a ..... il .../.../.... iscritto con n° .....all'Ordine dei Medici della Provincia di .....

**MODELLO A DI AUTODICHIARAZIONE ASSOCIAZIONI**  
(da compilare e sottoscrivere da parte del legale rappresentante)

- di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali a favore degli eventuali dipendenti e di non avere in corso pendenze di natura contrattuale con associati né presente né passati;
  - di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse;
  - che l'associazione da lui rappresentata non è mai incorsa in provvedimenti che comportano l'incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione
  - di non aver avuto, in esito a precedenti affidamenti di opere o forniture, relazioni negative;
  - di non essersi resa gravemente colpevole di false dichiarazioni nel fornire le informazioni richieste.
  - *che nell'esercizio della propria attività professionale non ha commesso errori gravi;*
- di essere in regola con la normativa vigente in materia di prevenzione della criminalità mafiosa, e di non trovarsi in stato di liquidazione, fallimento, concordato o amministrazione controllata;
- che il rappresentante legale non è stato sottoposto a condanna, con sentenza passata in giudicato, per qualsiasi reato che incida sulla moralità professionale, o per delitti finanziari
- che l'Associazione ha la seguente esperienza nel settore del trasporto infermi e all'attività di soccorso per i sotto specificati enti, pubblici (in particolare ARES) o accreditati, nei sotto indicati periodi:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**DICHIARA INOLTRE**

(altri elementi rilevanti)

---

**DICHIARA INOLTRE**

- di accettare integralmente ed incondizionatamente tutte le condizioni poste nel bando di selezione e relativi allegati e in particolare nelle modalità descritte nel disciplinare;
- di mantenere la disponibilità valida per 180 giorni dalla data di scadenza di presentazione della stessa, obbligandosi o fornire immediata comunicazione del variare della stessa;
- di aver preso visione dell'informativa di cui agli art. 13 e 22 del D.Lgs 196/03, allegata al presente bando;
- di obbligarsi al pieno rispetto delle misure di sicurezza sul trattamento dei dati personali che ARES 118 ha adottato con il Documento Programmatico di Sicurezza così come pubblicato sul sito aziendale dell'ARES 118 Lazio;

**AUTORIZZA**

L'ARES 118 alla raccolta, conservazione e trattamento dei dati comunicati con la presente per il periodo necessario allo svolgimento dell'attività amministrativa correlata nel rispetto delle prescrizioni contenute nel D. Lgs 196/03.

....., li .....

**TIMBRO e FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE**

Con in allegato FOTOCOPIA DOCUMENTO D'IDENTITÀ

**Attività ordinaria:** l'ente si impegna a assicurare in modo continuativo per il periodo previsto dall'accordo la presenza del personale e dei mezzi definiti nell'atto convenzione/contratto le presso una base operativa o presso un punto di stazionamento in strada o comunque eventualmente definito dalla Centrale Operativa, a garanzia della popolazione in una definita fascia oraria e ad effettuare gli interventi richiesti dalla Centrale Operativa nel territorio di competenza della stessa.

SI/NO	Denominazione	Descrizione	Attrezzature	Quantità e Identificazione
	Autoambulanza di soccorso base (MSB) PRIMARIO	Composta da un autista soccorritore, un barelliere, un infermiere, formati secondo le linee guida ASP 2004	Autorizzata come tipo A < 5aa + dotazione come mezzo di soccorso di base DCA 8/2011 + disciplinare/convenzione	TG / _____ / Immatricolazione / _____ / TG / _____ / Immatricolazione / _____ / TG / _____ / Immatricolazione / _____ /
	Autoambulanza di soccorso base (MSB) SOSTITUTIVO	Equipaggio e dotazione aggiuntiva saranno quelli del mezzo che andranno a sostituire	Autorizzata come tipo A + dotazione come mezzo di soccorso di base DCA 8/2011	TG / _____ / Immatricolazione / _____ / TG / _____ / Immatricolazione / _____ / TG / _____ / Immatricolazione / _____ /
	Autoambulanza di soccorso avanzato (MSA) PRIMARIO	Composta da almeno autista soccorritore, medico, infermiere formati secondo le linee guida ASP 2004 Autorizzata come tipo A	Autorizzata come tipo A < 5aa + dotazione come mezzo di soccorso avanzato DCA 8/2011 + dotazione come da indicazioni ARES	TG / _____ / Immatricolazione / _____ / TG / _____ / Immatricolazione / _____ / TG / _____ / Immatricolazione / _____ /
	Autoambulanza di soccorso avanzato (MSA) SOSTITUTIVO	Equipaggio e dotazione aggiuntiva saranno quelli del mezzo che andranno a sostituire	Autorizzata come tipo A + dotazione come mezzo di soccorso avanzato DCA 8/2011	TG / _____ / Immatricolazione / _____ / TG / _____ / Immatricolazione / _____ / TG / _____ / Immatricolazione / _____ /
	Mezzo di soccorso avanzato su autovettura PRIMARIO	Autovettura con medico e infermiere formati secondo le linee guida ASP 2004	Immatricolata come mezzo di soccorso avanzato < 5aa + Dotazione come mezzo di soccorso avanzato DCA 8/2011+ dotazione come da indicazioni ARES	TG / _____ / Immatricolazione / _____ / TG / _____ / Immatricolazione / _____ / TG / _____ / Immatricolazione / _____ /
	Mezzo di soccorso avanzato su autovettura SOSTITUTIVO	Autovettura con medico e infermiere formati secondo le linee guida ASP 2004	Immatricolata come mezzo di soccorso avanzato + dotazione come mezzo di soccorso avanzato DCA 8/2011+ dotazione come da indicazioni ARES	TG / _____ / Immatricolazione / _____ / TG / _____ / Immatricolazione / _____ / TG / _____ / Immatricolazione / _____ /

**Attività a chiamata:** l'ente si rende disponibile ad effettuare una o più delle seguenti prestazioni a chiamata nei tempi definiti nell'atto convenzionale/contratto

SI/NO	Tipologia	Descrizione	Sede e tempi di attivazione	Quantità e Identificazione
	Presenza o intervento con Autoambulanza di soccorso base (MSB)	Composta da un autista soccorritore, un barelliere, un infermiere, Autorizzata come tipo A + Dotazione come mezzo di soccorso di base DCA 8/2011		TG / _____ / Immatricolazione / _____ ✓ TG / _____ / Immatricolazione / _____ ✓ TG / _____ / Immatricolazione / _____ ✓
	Presenza o intervento con Autoambulanza di soccorso avanzato (MSA)	Composta da almeno autista soccorritore, medico, infermiere formati secondo le linee guida ASP 2004 Autorizzata come tipo A Dotazione come mezzo di soccorso avanzato DCA 8/2011		TG / _____ / Immatricolazione / _____ ✓ TG / _____ / Immatricolazione / _____ ✓ TG / _____ / Immatricolazione / _____ ✓
	Presenza o intervento con Mezzo di soccorso avanzato su autovettura	Autovettura con medico e infermiere formati secondo le linee guida ASP 2004 Immatricolata come mezzo di soccorso avanzato. Dotazione come mezzo di soccorso avanzato DCA 8/2011		TG / _____ / Immatricolazione / _____ ✓ TG / _____ / Immatricolazione / _____ ✓ TG / _____ / Immatricolazione / _____ ✓

Data / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ / Il Rappresentante Legale \_\_\_\_\_

Timbro \_\_\_\_\_

pag. / \_\_\_ /

## Modulo B 3 Risorse Disponibili per l'Attività di Supporto Eventi    Ass.ne \_\_\_\_\_    PROVINCIA \_\_\_\_\_

**Attività di supporto ad eventi:** L'ente si rende disponibile ad operare, secondo le modalità stabilite dal protocollo ARES 118, con proprie attrezzature, mezzi, equipaggi ed allestimenti, su richiesta dell'ARES, in occasione della gestione di Grandi Eventi o manifestazioni nel territorio del Lazio.

<b>Parte Prima: SUPPORTO SANITARIO SOLO DA ENTI AUTORIZZATI</b>				
<b>SI/NO</b>	<b>Denominazione</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Attrezzature</b>	<b>Quantità e Identificazione</b>
	Autoambulanza di soccorso base (MSB)	Composta da un autista soccorritore, un barelliere, un infermiere, formati secondo le linee guida ASP 2004 Autorizzata come tipo A	Autorizzata come tipo A Dotazione come mezzo di soccorso di base DCA 8/2011	TG / _____ / Anno lmm. / _____ TG / _____ / Anno lmm. / _____ TG / _____ / Anno lmm. / _____
	Autoambulanza di soccorso avanzato (MSA)	Composta da almeno autista soccorritore, medico, infermiere formati secondo le linee guida ASP 2004 Autorizzata come tipo A	Autorizzata come tipo A Dotazione come mezzo di soccorso avanzato DCA 8/2011	TG / _____ / Anno lmm. / _____ TG / _____ / Anno lmm. / _____ TG / _____ / Anno lmm. / _____
	Centro Mobile di Rianimazione	Composta da almeno autista soccorritore, medico anestesista rianimatore, infermiere formati secondo le linee guida ASP 2004	Dotazione come mezzo di soccorso avanzato DCA 8/2011	TG / _____ / Anno lmm. / _____ TG / _____ / Anno lmm. / _____ TG / _____ / Anno lmm. / _____
	Mezzo di soccorso avanzato su autovettura	Autovettura con medico e infermiere formati secondo le linee guida ASP 2004	Dotazione come mezzo di soccorso avanzato DCA 8/2011	TG / _____ / Anno lmm. / _____ TG / _____ / Anno lmm. / _____ TG / _____ / Anno lmm. / _____
	Mezzo di soccorso avanzato su moto	Motociclo con medico e infermiere formati secondo le linee guida ASP 2004	Dotazione come mezzo di soccorso avanzato DCA 8/2011	TG / _____ / Anno lmm. / _____ TG / _____ / Anno lmm. / _____ TG / _____ / Anno lmm. / _____

**Parte Prima: SUPPORTO SANITARIO SOLO DA ENTI AUTORIZZATI**

SI/NO	Denominazione	Descrizione	Attrezzature	Quantità e Identificazione
	Posto medico Avanzato PMA di I° livello	Struttura attrezzata su tenda o attrezzabile in ambiente chiuso, area funzionale di selezione, primo trattamento sanitario e predisposizione evacuazione sanitaria dei feriti. Atta al trattamenti di almeno n. 10 feriti tra codici di gravità giallo e rosso e autonomia funzionale per un tempo non inferiore alle 12 ore e impiego rapido entro 1 ora. Personale composto come minimo da n. 1 un medico, un coordinatore infermieristico, due infermieri formati secondo le linee guida ASP 2004	Dotazione come S.O. n°139 alla Gazzetta Ufficiale n° 196 del 25 Agosto 2003 serie generale ordinariamente gestito dal 118 “ Criteri di massima sulla dotazione di dispositivi medici di un posto medico utilizzabile in caso di catastrofe”  Dotazioni Standard Check list PMA 118 vedi allegato	
	Posto medico Avanzato PMA di II° livello	Struttura attrezzata su tenda o attrezzabile in ambiente chiuso, area funzionale di selezione, primo trattamento sanitario e predisposizione evacuazione sanitaria dei feriti. Atta al trattamento di n. 50 pazienti con codice di gravità rosso-giallo nell'arco di 24 ore e per tre giorni; con autonomia operativa di 72 ore. Personale composto come minimo n. 2 medici dell'emergenza, un coordinatore infermieristico, come minimo n. 4 infermieri formati secondo le linee guida ASP 2004	Dotazione come S.O. n°139 alla Gazzetta Ufficiale n° 196 del 25 Agosto 2003 serie generale “ Criteri di massima sulla dotazione di dispositivi medici di un posto medico utilizzabile in caso di catastrofe”	

**Modulo B) 3 Risorse Disponibili per l'Attività di Supporto Eventi**    ENTE \_\_\_\_\_ **PROVINCIA** \_\_\_\_\_

**Attività di supporto ad eventi:** L'ente si rende disponibile ad operare, secondo le modalità stabilite dal protocollo ARES 118, con proprie attrezzature, mezzi, equipaggi ed allestimenti, su richiesta dell'ARES, in occasione della gestione di Grandi Eventi o manifestazioni nel territorio del Lazio.

**Parte seconda: SUPPORTO LOGISTICO ANCHE DA ENTI NON AUTORIZZATI**

<b>SI/NO</b>	<b>Denominazione</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Attrezzature</b>	<b>Quantità e Identificazione</b>
	Squadra di soccorritori	Composta da minimo n. 3 operatori sanitari e non, che provvedono alla gestione delle vittime sul luogo dell'evento fino al posto medico avanzato formati alle manovre di BLS/PBLS e trasporto traumatizzati,	Kit d'immobilizzazione e trasporto del paziente con barella pieghevole e telo portafertiti, collare cervicale Radio palmare	
	Squadra di soccorritori con defibrillatore	Composta da minimo n. 3 operatori sanitari e non, che provvedono alla gestione delle vittime sul luogo dell'evento fino al posto medico avanzato formati alle manovre di BLS/BLSD/PBLS e trasporto traumatizzati,	Kit d'immobilizzazione e trasporto del paziente con barella pieghevole e telo portafertiti, collare cervicale, defibrillatore portatile. Radio palmare	

**Parte seconda: SUPPORTO LOGISTICO ANCHE DA ENTI NON AUTORIZZATI**

<b>SI/NO</b>	<b>Denominazione</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Attrezzature</b>	<b>Quantità e Identificazione</b>
	Coordinatore squadre soccorritori	Composto da un operatore sanitario che coordina n. 4 squadre di soccorritori con o senza defibrillatore, formato alle manovre di BLS/BLSD/PBLS e trasporto traumatizzati	Radio palmare	
	Mezzi di trasporto per materiali	Mezzi furgonati con eventuale attrezzatura per il trasporto di materiale logistico, sanitario, farmaceutico con refrigeratori anche portatili		TG / _____ / Anno lmm. / _____ TG / _____ / Anno lmm. / _____ TG / _____ / Anno lmm. / _____
	Pulmino e/o Mezzi o moto per trasporto personale impiegato nell'attività sanitaria dell'areale	Veicoli per il trasporto personale impiegato nell'attività sanitaria dell'areale		TG / _____ / Anno lmm. / _____ TG / _____ / Anno lmm. / _____ TG / _____ / Anno lmm. / _____
	Pulmino e/o Mezzi per trasporto diversamente abili	Veicoli attrezzati con dispositivi per trasporto diversamente abili		TG / _____ / Anno lmm. / _____ TG / _____ / Anno lmm. / _____ TG / _____ / Anno lmm. / _____
	Mezzi fuori strada	Mezzi fuori strada muniti di cinghia e ganci da traino		TG / _____ / Anno lmm. / _____ TG / _____ / Anno lmm. / _____ TG / _____ / Anno lmm. / _____
	Risorse di supporto logistico (camper di comando)	Struttura mobile attrezzabile per la gestione organizzativa sul posto delle attività sanitarie	Completi delle attrezzature relative al loro funzionamento, anche in autonomia per almeno 6 ore	TG / _____ / Anno lmm. / _____

**Parte seconda: SUPPORTO LOGISTICO ANCHE DA ENTI NON AUTORIZZATI**

<b>SI/NO</b>	<b>Denominazione</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Attrezzature</b>	<b>Quantità e Identificazione</b>
	Risorse di supporto logistico per le comunicazioni	Ponti radio, radio palmari, batterie di scorta, telefonia ecc		
	Risorse di supporto logistico	Torri faro, megafoni, condizionatori aria calda e fredda, generatori di corrente, cucina da campo	Atti al funzionamento in autonomia per un tempo non inferiore alle 12 ore	

**SUPPORTO EVENTI A RISCHIO EVOLUTIVO /SITUAZIONI MAXIEMERGENZA**

<b>UNIDEC( Unità di decontaminazione)</b>	<b>Struttura campale di decontaminazione</b>	<b>Struttura mobile per la decontaminazione composta da:</b>	
	all'utilizzo da parte di personale sanitario per le operazioni di lavaggio e bonifica di pazienti contaminati da sostanze tossiche.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Area di decontaminazione con docce di lavaggio atte all'utilizzo da parte di soggetti sia barellati che deambulanti;</li> <li>2) Cisterne di raccolta per le acque di lavaggio contaminate;</li> <li>3) Attrezzature per il riscaldamento delle acque e dell'ambiente</li> <li>4) detergenti e liquidi decontaminanti</li> <li>5) Area per asciugatura e vestizione</li> <li>5) Autonomia elettrica</li> </ol>	

**Modulo B 3 Risorse Disponibili per l'Attività di Supporto Eventi Ass.ne \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_**

**Parte seconda: SUPPORTO LOGISTICO ANCHE DA ENTI NON AUTORIZZATI**

SI/NO	Denominazione	Descrizione	Attrezzature	Quantità e Identificazione
	Squadre NBCR per montaggio tenda decontaminazione	Personale non sanitario formato alle procedure di montaggio della stazione di decontaminazione sanitaria della popolazione in caso di eventi NBCR		
	Squadre NBCR atte a decontaminazione sanitaria	Squadra composta come minimo da n. 4 persone di cui n. 1 medico, n. 1 infermiere e da personale non sanitario, formato alle procedure di decontaminazione sanitaria della popolazione in caso di eventi NBCR.	Personale formato all'utilizzo dei DPI per eventi NBCR ( area tiepida) e alla attività di decontaminazione sanitaria Specifiche DPI - vedi Linee Guida Piano Sanitario di Difesa Nazionale in caso di minaccia Nucleare, Biologica, Chimica e radiologica (NBCR) Ministero della Salute	Deve essere prevista una squadra per ogni linea di decontaminazione presente nella tenda

**Attività di supporto al soccorso:** L'ente offre una generica disponibilità in fasce orarie più o meno ampie non assicurando in maniera continuativa la presenza dell'equipaggio completo. L'ente pertanto viene contattato in caso di necessità a giudizio della Centrale Operativa a supporto dell'attività di soccorso

SI/NO	Tipologia	Descrizione	Sede e tempi di attivazione	Quantità e Identificazione
	Intervento con Autoambulanza di trasporto	Autorizzata come tipo B + Dotazione come mezzo di trasporto DCA 8/2011		TG / _____ / Immatricolazione / _____ / TG / _____ / Immatricolazione / _____ / TG / _____ / Immatricolazione / _____ /
	Intervento con Autoambulanza di soccorso	Autorizzata come tipo A + Dotazione come mezzo di soccorso avanzato DCA 8/2011		TG / _____ / Immatricolazione / _____ / TG / _____ / Immatricolazione / _____ / TG / _____ / Immatricolazione / _____ /