



Azienda Ospedaliera Nazionale
SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo
Alessandria

Via Venezia, 16 – 15121 ALESSANDRIA
Tel . 0131 206111 – www.ospedale.al.it
info@ospedale.al.it
asolessandria@pec.ospedale.al.it (solo certificata)
C.F. – P.I. 01640560064



DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE PER L'EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE 118
CENTRALE OPERATIVA PROVINCIALE DI ALESSANDRIA E ASTI

Viale Teresa Michel, 65/67 – 15121 Alessandria

Segreteria Tel. (+39) 0131 360012 - Fax SEGRETERIA (+39) 0131 360095 / Fax C.O. 118 AL-AT (+39) 0131 225966

E-mail: 118@ospedale.al.it - PEC: 118.alessandria.asti@pec.ospedale.al.it

Spett.le Servizio di Emergenza Territoriale 118
C.O. Alessandria

OGGETTO: Comunicazione di svolgimento della manifestazione denominata

.....

che avrà luogo in

.....

in data con identificazione del livello di rischio

(**INSERIRE SCORE**): (D.G.R. 29.12.2014, N. 59-870 e Accordo Conferenza

Unificata Stato Regioni n. 91 del 8.08.2014).

Il/la sottoscritto/a nato/a a

..... il residente in

..... CAP via

..... n°, recapito telefonico (OBBLIGATORIO)

..... E-mail/PEC (OBBLIGATORIO) in qualità di

Presidente Sindaco (del comune di) Legale rappresentante Altro

Dell'Ente/ Associazione/Altro denominato/a

Con sede legale nel comune di Via Prov.

consapevole delle conseguenze penali ed amministrative di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, per il caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA:

di aver preso visione del contenuto della D.G.R. 29.12.2019, n. 59-870 e dell'Accordo Conferenza Unificata Stato Regioni n. 91 del 5.08.2014;

che in data dalle ore alle ore si svolgerà la seguente manifestazione:

.....

.....



che la manifestazione avrà carattere (barrare la casella e specificare l'attività svolta):

	TIPOLOGIA	ATTIVITA' SVOLTA
A	SPORTIVO
B	RICREATIVO
C	SOCIALE
D	POLITICO
E	RELIGIOSO
F	ALTRO

Inoltre **DICHIARA** che la manifestazione rientra tra quelle con un livello di Rischio:

BASSO (< 18) **MODERATO/ELEVATO (18-36)** **MOLTO ELEVATO (> 36)**

Per cui è stata richiesta l'Assistenza Sanitaria:

Al S.E.S.T. 118 di Al in data

Alla seguente Associazione di Volontariato di
..... in data

Composta da:

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

SI ALLEGANO:

A. IL PIANO DI ASSISTENZA SANITARIO (laddove presenti mezzi o personale di soccorso)

B. Allegato A 1 (Calcolo del livello di rischio) **OBBLIGATORIO**

C. Allegato B (Algoritmo di Maurer con tutti gli indicatori previsti per il calcolo) o gli indicatori necessari per il calcolo delle risorse necessarie

N.B. Nel Piano di assistenza Sanitario è necessario specificare:

1. Risorse predisposte (Ambulanze, Team di Soccorritori, etc.) specificandone l'Associazione di appartenenza, il numero e la dotazione di attrezzature impiegate
2. Ubicazione delle risorse sanitarie con planimetria allegata (se possibile)
3. Presenza del Defibrillatore Semi Automatico
4. Responsabile e/o Coordinatore dei mezzi e del personale dell'assistenza presenti sul luogo e contattabili per tutta la durata dell'evento; unico responsabile dei contatti con la Centrale Operativa 118.

Luogo, data Firma