

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



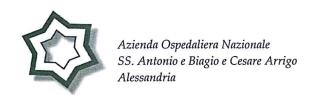
DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE PER L'EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE 118 CENTRALE OPERATIVA PROVINCIALE DI ALESSANDRIA E ASTI

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			
n data			
(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			
il residente in			
via			
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			
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			





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

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

	TIPOLOGIA	ATTIVITA' SVOLTA	
	ODODTIVO		
A	SPORTIVO		
В	RICREATIVO		
С	SOCIALE		
D	POLITICO		
	10211100		
Е	RELIGIOSO		
T.	ALTRO		
F	ALIKO		
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			
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			
Ubicazione delle risorse sanitarie con planimetria allegata (se possibile)			
Presenza del Defibrillatore Semi Automatico			
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.			
and a data deli de elle, alles espelladore del collidar con la collidar operativa e el			
Luogo, data Firma			
Duogo, data			

