

Spett.le  
Comune di Ledro  
Settore Servizi alla Persona  
Via Vittoria, 5  
38067 Ledro (TN)

UTILIZZO DEI DEFIBRILLATORI SEMIAUTOMATICI (DAE) NEGLI IMPIANTI SPORTIVI  
COMUNALI: ADEMPIMENTO DI CUI AL D.M. 24/04/2013 e ss.mm.ii.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza  
\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
in qualità di Presidente / Legale Rappresentante / altro da specificare \_\_\_\_\_  
dell'Associazione/società sportiva \_\_\_\_\_  
con sede a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_ Telefono  
\_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

ai sensi di quanto previsto dal Decreto del Ministro della Salute del 24/04/2013 ad oggetto  
"Disciplina della certificazione dell'attività sportiva non agonistica e amatoriale e linee guida  
sulla dotazione e l'utilizzo i defibrillatori semiautomatici e di eventuali altri dispositivi salvavita"  
e ss.mm. e ii.

DICHIARA

di impegnarsi, al fine dell'esercizio dell'attività sportiva presso gli impianti sportivi comunali al  
rispetto di quanto previsto dal Decreto del Ministro della Salute 24 aprile 2013 e di ogni  
disposizione emanata in merito all'utilizzo dei defibrillatori e di impegnarsi altresì a porre in  
essere gli adempimenti di seguito specificati:

- a. trasmettere all'Amministrazione comunale i nominativi e gli attestati del personale formato presso Centri di Formazione BLS-D accreditati dalla Provincia autonoma di Trento (elemento imprescindibile per l'esercizio dell'attività sportiva in palestra) nonché ogni ulteriore eventuale dato necessario per adempiere gli obblighi normativi;
- b. garantire la presenza di almeno una persona tra quelle di seguito specificate, che sia debitamente formata all'utilizzo del defibrillatore nel corso dell'attività sportiva e nel rispetto della normativa vigente;
- c. impegnarsi a produrre tempestivamente eventuali variazioni e/o aggiornamenti di nominativi e/o attestati, che dovessero verificarsi nel corso dell'anno sportivo;
- d. verificare al momento dell'accesso in palestra la presenza e la regolare funzionalità del DAE;
- e. avvisare tempestivamente il Servizio comunale competente (Servizio Patrimonio 0464/592760) in caso di utilizzo del DAE e/o anomalia dello stesso al fine di consentire l'immediata sostituzione/reintegro delle parti utilizzate e/o non funzionanti (placche, batteria, ecc.);

- f. utilizzare il defibrillatore solo in caso di reale necessità ed emergenza previa segnalazione alla Centrale operativa 118 dell'emergenza;
- g. esonerare espressamente l'Amministrazione comunale da ogni responsabilità per danni diretti e indiretti che possano derivare da fatto doloso o colposo imputabile a propri dipendenti, partecipanti, associati o a terzi;
- h. usare lo strumento in modo da non recare danni ad altri;

COMUNICA

I nominativi del personale formato presso Centri di Formazione BLS/D accreditati:

1. Cognome e nome \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in via/piazza \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ in possesso dell'attestato di autorizzazione all'utilizzo del DAE (specificare struttura che ha organizzato il corso e data di effettuazione) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. Cognome e nome \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in via/piazza \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ in possesso dell'attestato di autorizzazione all'utilizzo del DAE (specificare struttura che ha organizzato il corso e data di effettuazione) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Cognome e nome \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in via/piazza \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ in possesso dell'attestato di autorizzazione all'utilizzo del DAE (specificare struttura che ha organizzato il corso e data di effettuazione) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Cognome e nome \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in via/piazza \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ in possesso dell'attestato di autorizzazione all'utilizzo del DAE (specificare struttura che ha organizzato il corso e data di effettuazione) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TRASMETTE

gli attestati del personale sopra identificato, formato presso Centri di Formazione BLS/D accreditati dalla Provincia autonoma di Trento.

*In alternativa alla trasmissione degli attestati del personale sopra identificato*

DICHIARA

che gli attestati del personale sopra identificato sono stati trasmessi con l'analogia autodichiarazione prodotta lo scorso anno rimanendo pertanto gli attestati invariati rispetto a quanto già depositato.

Data \_\_\_\_\_

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_

La presente dichiarazione dovrà essere corredata da fotocopia del documento di identità del sottoscrittore in corso di validità.