DA PRESENTARE SU CARTA INTESTATA DEL SOGGETTO PROPONENTE

Ordine delle Professioni Infermieristiche di Rieti – O.P.I. Rieti

Via Mercatanti, 5 Torre D

02100 Rieti - Tel. 0746/495369 Fax 0746/1790579

PEC: [rieti@cert.ordine-opi.it](mailto:rieti@cert.ordine-opi.it)

**Oggetto: Manifestazione di interesse a partecipare alla procedura di selezione per l’effettuazione di corsi di formazione blsd/p-blsd adulto/pediatrico al personale sanitario, con la formula “del miglior prezzo proposto” nell’ambito del progetto “non c’è battito da perdere”.**

Il/La sottoscritto/a ............................................................. codice fiscale ..........................................................

nato/a il ......./......./........... a ................................................................... provincia ....... residente in via/piazza

...................................................................... n. ............ cap ............... comune ..................................................

provincia ........ telefono .................................... e-mail ......................................................................................

PEC ........................................................ in qualità di legale rappresentante della Società/Ente ……….……..

........................................................................................ natura giuridica ………………..................................

codice fiscale / P.i.v.a. ........................................................ con sede Legale in via/piazza …………….……..

........................................................ n. ........ cap ............ comune .............................................. provincia ........

telefono ......................... . e-mail ........................................................... PEC …………….................................

costituita con Atto Costitutivo**/**Statuto del ............................ e registrato presso ………………………………

**P R E S O A T T O**

di tutte le condizioni e dei termini di partecipazione stabiliti nell’Avviso n. \_\_\_\_/2021 pubblicato sul sito internet istituzionale di OPI Rieti e recante la data del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_.

**M A N I F E S T A**

l’interesse del soggetto suindicato a partecipare alla procedura individuata in oggetto

**DICHIARA**

1. Di accettare che i corsi di formazione si svolgano esclusivamente nel territorio del Comune di Rieti e che l’individuazione della sede di svolgimento dei corsi è a carico del proprio Centro di formazione.
2. Di individuare un Direttore della formazione e gli Istruttori BLSD/P-BLSD appartenenti al proprio Centro di formazione e certificati per la didattica ARES 118, con rapporto al massimo di 1 ogni 6 discenti, così come previsto dalla normativa vigente.
3. Di svolgere la formazione teorico/pratica esclusivamente in presenza in aula. – Non è previsto il rilascio di crediti E.C.M. che, qualora richiesti, andranno conteggiati con costi e procedura a parte.
4. Di mettere a disposizione per la formazione i manichini digitali adulto e pediatrico con riscontro telemetrico della performance dei discenti, nella misura di 1 ogni 3 discenti.
5. Di svolgere la formazione con la presenza di un numero massimo di 12 discenti per ogni singolo corso.
6. Di organizzare la formazione che avrà indirizzo sanitario e comprendere, oltre ad una parte teorica (max 20% del monte ore), anche una parte addestrativa ad uno e a due soccorritori, con l’impiego dei presidi sanitari di base (Defibrillatore didattico, pallone Ambu, cannula di Guedel, pulsossimetro, stetoscopio).
7. Di accettare che tutte le attrezzature messe a disposizione ed utilizzate durante il corso sono a carico del proprio Ente formatore, ivi compreso il videoproiettore, il computer, la modulistica e le infrastrutture utilizzate per la didattica.
8. Di impiegare la modulistica ufficiale fornita da ARES 118 per gli adempimenti burocratici riguardanti il corso, ivi compreso i moduli didattici per eseguire i “skill test” e le 25 domande del test di teoria.
9. Di consegnare ai discenti il manuale ufficiale BLSD/P-BLSD della didattica con linee guida ARES 118 aggiornato 2021, edito dalla Regione Lazio (anche in formato pdf), almeno 7 giorni precedenti l’inizio del corso.
10. Di garantire che il corso di formazione BLSD/P-BLSD per Operatori Sanitari avrà una durata minima effettiva di almeno 8 ore. Nel monte ore non è ricompresa la pausa pranzo. Per la formazione retraining per il rinnovo della formazione BLSD/P-BLSD per Operatori Sanitari la durata minima effettiva sarà di almeno 5 ore.
11. Di consegnare, a cura del proprio Centro di formazione e all’inizio di ogni corso: cartellina con la modulistica del corso, penna e block-notes per appunti, un kit di guanti mono uso ed un presidio facciale e/o Pocket mask cpr per eseguire in sicurezza l’addestramento sui manichini.
12. Di garantire che verrà consegnato dal proprio Centro di formazione e al termine di ogni corso, al discente che avrà superato i test di idoneità, l’attestato di certificazione BLSD/P-BLSD ed il tesserino di abilitazione emessi dall’ARES 118, con riportato il numero di protocollo dell’iscrizione all’Albo regionale degli Esecutori abilitati all’impiego del defibrillatore semiautomatico, elenco gestito da ARES 118. Contestualmente, l’Ente formativo consegnerà un proprio attestato di abilitazione con specificato “ad indirizzo sanitario”, a firma del responsabile medico del Centro di formazione.
13. Di rilasciare per quietanza una ricevuta legale a riscontro del pagamento della quota di partecipazione da parte dei discenti iscritti al corso.
14. Di a garantire, con cadenza semestrale nei due anni di attesa dal rinnovo BLSD, un ripasso gratuito teorico /pratico della durata minima di 1 ora, ad ogni Infermiere OPI Rieti abilitato dal Centro di Formazione.

**ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI:**

1. Documento di riconoscimento del Legale rappresentante
2. Certificazione DURC di regolarità degli obblighi previdenziali, assistenziali e fiscali.
3. Dichiarazione Agenzia delle Entrate di registrazione del Codice Fiscale / P.IVA
4. Delibera ARES 118 di accreditamento come Centro di formazione BLS-D (da almeno 12 mesi)
5. Documento di descrizione attività e cronoprogramma corso BLSD **/** P-BLSD per Sanitari
6. Autocertificazione dichiarazione appartenenza del proprio Centro di formazione BLSD/P-BLSD alla didattica ARES 118 e che i propri Istruttori BLSD/P-BLSD sono certificati con attestazione ufficiale rilasciata dalla Regione Lazio per la didattica ARES 118.
7. Autocertificazione dichiarazione di attenersi alla normativa prevista dal D. Lgs. 10 agosto 2018, n. 101 e s.m.i. (Codice della privacy) e riguardante il trattamento dei dati personali dei partecipanti ai corsi BLSD/P-BLSD con l’esclusivo fine di impiegarli per il procedimento per cui i dati sono stati rilasciati, con specificato il nominativo del responsabile del trattamento dei dati.

**Le dichiarazioni vengono rilasciate in fede ed ai sensi del DPR 445/2000 e s.m.i. a conferma della veridicità dei documenti presentati e delle affermazioni di impegno sopra esposte.**

Luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Timbro Società/Ente)

Il Rappresentante Legale

(Nome - Cognome)

*N.B. La dichiarazione deve essere corredata di fotocopia,*

*non autenticata, di documento valido di identità del sottoscrittore*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Firma leggibile)