

**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE****REGIONE PIEMONTE****Azienda Sanitaria ZERO**

Costituita con D.P.G.R. 18/02/2022 n. 9

Codice Fiscale / P.I. 12685160017

Sede legale: Via San Secondo, 29 bis – 10128 Torino

**S.C. EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE 118 ALESSANDRIA**

Azienda Sanitaria ZERO

Via Teresa Michel, 65-67

15121 Alessandria (AL)

Telefono: +39 0131 360012

PEC: [protocollo@pec.aziendazero.piemonte.it](mailto:protocollo@pec.aziendazero.piemonte.it)E-MAIL: [segreteria118.alessandria@aziendazero.piemonte.it](mailto:segreteria118.alessandria@aziendazero.piemonte.it)**OGGETTO: Comunicazione di svolgimento della manifestazione denominata**

che avrà luogo in \_\_\_\_\_ (\_\_\_)

in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_:\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_:\_\_\_\_

ovvero dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

con identificazione del livello rischio [INSERIRE SCORE]: \_\_\_\_\_ (D.G.R. 29/12/2014, n. 59 – 870 e Accordo Conferenza Unica Stato Regioni n. 91 del 08/08/2014)

|                           |  |
|---------------------------|--|
| Il/la sottoscritto/a      |  |
| Luogo di nascita          |  |
| Data di nascita           |  |
| Residenza                 |  |
| Telefono (OBBLIGATORIO)   |  |
| E-mail/PEC (OBBLIGATORIO) |  |

In qualità di:

|                          |                                   |  |
|--------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Presidente dell'Ente/Associazione |  |
| <input type="checkbox"/> | Sindaco del Comune di             |  |
| <input type="checkbox"/> | Legale Rappresentante di          |  |
| <input type="checkbox"/> | Altro                             |  |
| Denominazione ente       |                                   |  |
| Sede legale              |                                   |  |
| Codice Fiscale / P.IVA   |                                   |  |

consapevole delle conseguenze penali ed amministrative di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, in 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 e di aver reso tutte le informazioni necessarie alla valutazione del livello di rischio e delle risorse necessarie per l'evento in oggetto;
- ☐ che in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ovvero dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ si svolgerà la seguente manifestazione: \_\_\_\_\_

**(allegare locandina o altro materiale informativo che indichi con precisione orari, modalità e località);**[www.regione.piemonte.it/sanita](http://www.regione.piemonte.it/sanita)

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

| TIPOLOGIA                |   | ATTIVITA' SVOLTA |
|--------------------------|---|------------------|
| <input type="checkbox"/> | A | SPORTIVO         |
| <input type="checkbox"/> | B | RICREATIVO       |
| <input type="checkbox"/> | C | SOCIALE          |
| <input type="checkbox"/> | D | POLITICO         |
| <input type="checkbox"/> | E | RELIGIOSO        |
| <input type="checkbox"/> | F | ALTRO            |

☐ che la manifestazione rientra tra quelle con un livello di rischio:

|                          |             |                          |                          |                          |                     |
|--------------------------|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | BASSO (<18) | <input type="checkbox"/> | MODERATO/ELEVATO (18-36) | <input type="checkbox"/> | MOLTO ELEVATO (>36) |
|--------------------------|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|

☐ che per l'evento è stata richiesta l'assistenza sanitaria a:

- S.C. Emergenza Sanitaria Territoriale 118 di Alessandria in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Alla/e seguente/i Organizzazione/i di Volontariato in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_:

Denominazione O.d.V.: \_\_\_\_\_

Riferimenti (Nominativo e numero di cellulare): \_\_\_\_\_

Denominazione O.d.V.: \_\_\_\_\_

Riferimenti (Nominativo e numero di cellulare): \_\_\_\_\_

**Breve descrizione e composizione delle risorse:** \_\_\_\_\_

Si allegano:

- A. PIANO DI ASSISTENZA SANITARIA (laddove presenti mezzi o personale di soccorso dedicati)
- B. ALLEGATO 1 (Calcolo del Livello di Rischio) – OBBLIGATORIO
- C. ALLEGATO 2 (Algoritmo di Maurer – completo di tutte le informazioni necessarie per il calcolo)

**N.B.: Il piano di assistenza sanitaria dovrà contenere le seguenti informazioni:**

- risorse predisposte (mezzi, personale, OdV di appartenenza, dotazioni)
- dislocazione delle risorse con planimetria
- presenza, quantitativo e dislocazione di DAE (Defibrillatori semi-automatici)
- responsabile e/o coordinatore delle risorse dedicate, con i relativi recapiti (unico riferimento per i contatti con la CO118).

| Data | In fede                                    |
|------|--------------------------------------------|
|      | (inserire timbro, se disponibile, e firma) |