

SCHEDA PRENOTAZIONE PER MANIFESTAZIONI SPORTIVE E DI RAPPRESENTANZA

**N.B.: LA DOMANDA DOVRA' ESSERE PRESENTATA ENTRO E NON OLTRE 15
GIORNI ANTECEDENTI ALLA DATA DELL'EVENTO, DIVERSAMENTE NON SARA'
GARANTITO IL SERVIZIO**

In data _____ si richiede un servizio da eseguire in data _____
dalle ore _____ alle ore _____ per il seguente tipo di
attività/rappresentanza: _____.

Località nella quale si svolge l'attività: _____

Percorso (solo per postazione mobile): _____

Responsabile della manifestazione:

Cell(1): _____ Cell(2): _____

**INDICARE SEMPRE IL
NOMINATIVO E RECAPITI
TELEFONICI**

Modalità del servizio:

AMBULANZA AUTOVETTURA BANDIERA/LABARO
SQUADRA A PIEDI POSTAZIONE DI PRIMO SOCCORSO GAZEBO
DEFIBRILLATORE CRI DEFIBRILLATORE DELL'ORGANIZZATORE

NOTE: _____

Personale minimo: 3 volontari

La Croce Rossa Italiana declina ogni responsabilità, qualora persone NON autorizzate interferiscano nell'operato dell'equipaggio che svolge il servizio, compromettendone la funzionalità o impedendone lo svolgimento.

Se durante lo svolgimento della manifestazione si verificasse un incidente, estraneo alla stessa, l'equipaggio si atterrà alle disposizioni riportate sul foglio 2

NORME DI COMPORTAMENTO IN CASO DI INTERVENTO.

Se è presente il medico di gara (per le manifestazione sportive), l'equipaggio si atterrà alle indicazioni fornite dal medico stesso per l'eventuale ospedalizzazione dell'infortunato.

Se NON è presente il medico di gara l'equipaggio presterà soccorso all'infortunato, e, se ritenuto opportuno in base alle condizioni sanitarie, a meno di rinuncia controfirmata da parte dell'infortunato stesso o dei genitori se trattasi di minori, procederà all'ospedalizzazione dello stesso.

Se NON è presente il medico di gara e l'equipaggio rilevasse una condizione di gravità dell'infortunato riconducibile a codice giallo e/o rosso, allerverà il 118 per richiedere l'intervento di un'ambulanza di soccorso avanzato recante a bordo personale medico. In questo caso l'equipaggio si atterrà alle indicazioni fornite dal medico del 118.

Nota:

nel caso si rendesse necessario intervenire in un infortunio avvenuto ad una persona "esterna" alla manifestazione sportiva, questa sarà soccorsa, nell'immediatezza, dall'equipaggio, ma sarà successivamente allertata la Centrale Operativa 118 per l'ulteriore trattamento sanitario.

Attenzione!

Qualora l'ambulanza dovesse distaccarsi per ospedalizzare un infortunato, la Società richiedente è responsabile della eventuale sospensione della manifestazione sportiva. La CRI non è tenuta ad inviare un'altra ambulanza sostitutiva. L'eventuale seconda ambulanza deve essere preventivamente richiesta nei modi d'uso con relativa prenotazione.

Attenzione!

Nel caso si rendesse necessario intervenire in eventi esterni alla manifestazione, ma di ECCEZIONALE GRAVITÀ (incidenti stradali, crolli, incendi, eventi naturali, ecc...) che coinvolgano un gran numero di feriti, classificati con il codice GIALLO e/o ROSSO, l'equipaggio allerverà e si renderà immediatamente disponibile alla Centrale Operativa 118, attenendosi scrupolosamente alle disposizioni di quest'ultima, anche se questo comporterebbe la sospensione della manifestazione.

In caso di servizi a cavallo dell'orario di pranzo/cena l'ente richiedente garantirà il vitto al personale.

Si dichiara di aver preso visione e di approvare quanto riportato nel "Foglio 1 e nel Foglio 2".

Firma del richiedente: _____; (da restituire firmata).

Firma del Responsabile del servizio (CRI) _____

DATI PER LA FATTURAZIONE.

Società/Ditta: _____

Indirizzo: _____

Partita IVA/Codice Fiscale : _____

Tariffa oraria per l'impiego dell'ambulanza di base: **€ 15,00**; oltre € 1,00 a km.

Tariffa Defibrillatore: **€ 70,00** (è il costo delle piastre che verrà addebitato **solo** in caso di utilizzo)

Eventuali altre prestazioni sono da concordare.

Nota: l'ambulanza si ritiene impegnata dall'orario di partenza dalla Sede, all'orario di arrivo alla Sede.

Firma del richiedente: _____; (da restituire firmata).

Firma del Responsabile del servizio (CRI) _____

N.B.: IL PRESENTE MODULO COMPILATO DEVE ESSERE INVIATO ALLA
SEGUENTE MAIL:

sanfrancescoalcampo.salute@piemonte.cri.it