

**All'Unione Montana
ALPI MARITTIME
Piazza Regina Margherita, 27
ROBILANTE**

Oggetto: Candidatura per l'assegnazione di un defibrillatore DAE a servizio di rifugi alpini ed escursionistici gestiti e formazione all'utilizzo.

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente a _____ in Via _____

telefono _____

e-mail _____

in qualità di proprietario

gestore

altro (specificare) _____

del

- rifugio alpino (nome) _____

- rifugio escursionistico (nome) _____

ubicato nel Comune di _____ Prov. _____

all'altitudine di m. _____ s.l.m.

CHIEDE l'assegnazione di un defibrillatore a servizio del rifugio sopra indicato.

SEGNALA ai fini della formazione all'utilizzo il Sig. _____

in qualità di _____

Telefono _____

Email _____

oppure

COMUNICA che il Sig. _____

in qualità di _____

è in possesso dell'attestato di formazione all'impiego dello strumento rilasciato da

DICHIARA che il rifugio

- non è dotato di DAE
- è inserito nell'elenco delle strutture alpinistiche ricettive di cui all'art. 9 del Regolamento regionale n. 1/2011

Codice C.I.R. _____

Codice C.I.N. _____

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> è servito dalla rete telefonica | <input type="checkbox"/> non è servito dalla rete telefonica |
| <input type="checkbox"/> è servito dalla rete internet | <input type="checkbox"/> non è servito dalla rete internet |

DICHIARA inoltre

- di essere a conoscenza dei contenuti dell'iniziativa;
- di essere a conoscenza che in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, si è passibili di sanzioni penali ai sensi del Decreto del Presidente della Repubblica n.445/2000;
- di autorizzare il trattamento dei dati riportati ai sensi del Decreto Legislativo n. 2018/101 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679)

- che qualsiasi comunicazione relativa al presente procedimento potrà essere inviata all'indirizzo e-mail _____

Note:

Data _____

Firma _____

Si allega fotocopia Documento di riconoscimento