



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE AD INDIRIZZO MUSICALE
“GIACOMO GAGLIONE”

- Al Personale Docente
- Al Personale ATA dell'I.C. “Gaglione” Capodrise
- Sito web
- Loro sedi

Oggetto: Partecipazione al corso BLSA per l'utilizzo del defibrillatore semiautomatico.

Con la presente si informa il personale docente e il personale ATA in servizio a tempo indeterminato presso questo Istituto, che dovranno essere individuati n. 2 referenti per ogni Plesso per partecipare al Corso di formazione per l'utilizzo del defibrillatore semiautomatico in dotazione alle scuole.

In presenza di più domande tra docenti e personale ATA, saranno selezionati:

- un docente e un personale ATA per Plesso;
- verrà data priorità in base all'ordine di arrivo. Farà fede la data di consegna.

Il corso si terrà presso la CRI di Caserta per n. 5 ore in una unica giornata e permetterà di apprendere conoscenze e abilità relative all'utilizzo del defibrillatore semiautomatico.

Il personale docente ed ATA interessato è pregato di fare richiesta di partecipazione al Corso entro le ore 12.00 del giorno 23 aprile 2021 secondo il modello allegato.

Il Dirigente Scolastico

(Dott. Pietro Bizzarro)

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3, comma 2 del decreto legislativo n. 39

VIA DANTE, 26 - 81020 CAPODRISE (CE)



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE AD INDIRIZZO MUSICALE
“GIACOMO GAGLIONE”

Allegato

MODULO DI RILEVAZIONE DELLA DISPONIBILITÀ, DA PARTE DEL PERSONALE SCOLASTICO, ALL'USO DEL DEFIBRILLATORE IN AMBIENTE SCOLASTICO

Il sottoscritto _____

nato a _____ prov. _____ il _____

in qualità di Docente / Personale ATA a tempo indeterminato in servizio presso il Plesso _____ della Scuola _____,

CHIEDE

di partecipare al Corso di formazione per l'utilizzo del defibrillatore semiautomatico in dotazione alle scuole (BLSD) che si terrà presso la Croce Rossa Italiana Sezione di Caserta, per n. 5 ore in una unica giornata.

Con la presente il sottoscritto dichiara

Di aver già frequentato un corso di formazione BLSD nell'anno _____

Di non aver mai partecipato al corso di formazione BLSD.

In caso di più domande di partecipazione, verrà data precedenza

Capodrise, _____

FIRMA

VIA DANTE, 26 - 81020 CAPODRISE (CE)