|  |
| --- |
| **MODULO 150**  **DICHIARAZIONE ISTRUTTORE BLSD** |

Spett.le

**Agenzia Regionale Emergenza Urgenza**

S.C. Formazione

Oggetto: **Dichiarazione**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con la sottoscrizione della presente dichiarazione accetto di svolgere attività formativa per conto del Centro di Formazione della Società/Ente/Associazione:

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

**in qualità di Istruttore BLSD per operatori laici**

In relazione a quanto sopra, sotto la mia responsabilità e ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 dichiaro:

* di far parte del pool di Istruttori BLSD per operatori laici del Centro di Formazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, che risulta essere in possesso della copia del mio certificato di abilitazione Soccorritore-Istruttore BLSD per operatore laico;
* di essere consapevole che il suddetto Centro di Formazione ha inoltrato ad AREU la richiesta di riconoscimento quale centro di Formazione BLSD laico;
* di aver assolto ai doveri di comunicazione nei confronto del mio datore di lavoro, ai sensi della normativa vigente e del mio contratto di lavoro (collettivo e individuale), in relazione alla mia partecipazione all’attività formativa di cui sopra.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In fede

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

Allegare copia di un documento d’identità in corso di validità