

MODULO 97
VERBALE DI ISPEZIONE SEDI ORGANIZZAZIONI DI VOLONTARIATO DEL SOCCORSO

AAT BG BS CO CR LC LO MB MI MN PV SO VA

Verbale di ispezione n. _____ / _____ (anno) Data: _____

Organizzazione

Postazione di

Via

1) Struttura sede¹1 a) **Indirizzo mail Organizzazione**1 b) **Corrispondenza della SEDE OPERATIVA al Progetto operativo (selezione 2020):** SI NO

Note: _____

1 c) **Corrispondenza dell'AUTORIMESSA al Progetto operativo (selezione 2020):** SI NO

Note: _____

1 d) **Elementi qualificanti (es. rete wifi, climatizzazione, ristrutturazione/nuovi locali ecc.):** _____

2) Mezzi MSB 118 (MOD 74 "Check - list verifica MSB convenzionati")**Corrispondenza dei MEZZI con quanto indicato nel Progetto operativo:** SI NO

Se "NO" indicare variazioni/sostituzioni: _____

¹ Valutare corrispondenza rispetto alla documentazione prodotta in fase di selezione

2 a1) **Sigla mezzo** **Targa** Rif. MOD 74 n. _____
Compagnia ass.va **Agenzia di**
Polizza n. **Scadenza**
Autorizzazione sanitaria/SCIA n. **del**

Note: _____

2 a2) **Sigla mezzo** **Targa** Rif. MOD 74 n. _____
Compagnia ass.va **Agenzia di**
Polizza n. **Scadenza**
Autorizzazione sanitaria/SCIA n. **del**

Note: _____

2 a3) **Sigla mezzo** **Targa** Rif. MOD 74 n. _____
Compagnia ass.va **Agenzia di**
Polizza n. **Scadenza**
Autorizzazione sanitaria/SCIA n. **del**

Note: _____

per ulteriori mezzi utilizzare l'allegato.

2 b) **L'Organizzazione utilizza un protocollo interno per la manutenzione dei mezzi?** SI NO

2 c) **Vengono utilizzate schede di controllo (meccanica-carrozzeria)?** SI NO

3) Personale mezzi e Organizzazione²

3 a) **Tutto il personale degli equipaggi ha il tesserino di riconoscimento (ben visibile)?** SI NO

Note: _____

² Valutare corrispondenza rispetto alla documentazione prodotta in fase di selezione (n. dipendenti e volontari - se postazione in condivisione: percentuale di impiego)

3 b) Oltre all'equipaggio previsto (h12-24 /eq.3; H6/ eq.2) c'è altro personale a bordo? SI NO

Se "SI" è in formazione: SI NO

Altro: _____

3 c) Modalità di rilevazione presenze dei membri equipaggio (nomi e qualifiche al punto 3h)? SI NO

Se "SI" quale: _____

3 d) E' stato inviato l'aggiornamento elenco personale AREU (semestrale/annuale)? SI NO

Se "SI" indicare modalità (mail, ecc.): _____

3 e) E' previsto un operatore dedicato per i flussi informativi con SOREU? SI NO

3 f) N° dipendenti risultanti dal Libro Unico del Lavoro:

3 g) N° volontari attivi per 118 Dato aggiornato al

3 h) Personale presente in sede/operativo sui mezzi adibito al servizio 118:

Cognome	Nome	Sigla mezzo assegnato	Qualifica

3 i) Visite mediche per idoneità

Presenza del registro/archivio cartelle personali: SI NO

N° visite effettuate nell'anno in corso:

Note: _____

3 l) Registro Soci: SI NO N° iscritti

Se su web indicare sito/indirizzo: _____

4) Formazione (dipendenti e volontari)4a) **Corsi/programmi extra percorso formativo obbligatorio?**SI NO

Se "SI" compilare 4b)

4 b) Corso	<input type="text"/>	Anno	<input type="text"/>
Dipendenti: n. soccorritori/autisti	<input type="text"/>	n. altro	<input type="text"/>
Volontari: n. soccorritori/autisti	<input type="text"/>	n. altro	<input type="text"/>
Corso	<input type="text"/>	Anno	<input type="text"/>
Dipendenti: n. soccorritori/autisti	<input type="text"/>	n. altro	<input type="text"/>
Volontari: n. soccorritori/autisti	<input type="text"/>	n. altro	<input type="text"/>
Corso	<input type="text"/>	Anno	<input type="text"/>
Dipendenti: n. soccorritori/autisti	<input type="text"/>	n. altro	<input type="text"/>
Volontari: n. soccorritori/autisti	<input type="text"/>	n. altro	<input type="text"/>

5) Polizze assicurativeI contratti/polizze sono stipulati da: Sede Centrale Regionale Nazionale

Presso la sede della postazione è presente una copia del contratto?

SI NO **5 a) Volontari**

RCT RCO	Compagnia	<input type="text"/>	Polizza n.	<input type="text"/>
	Agenzia di	<input type="text"/>		
	Scadenza:	<input type="text"/>	Premio (€)	<input type="text"/>
	Clausola di non rivalsa verso AREU	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Infortuni Malattie	Compagnia	<input type="text"/>	Polizza n.	<input type="text"/>
	Agenzia di	<input type="text"/>		
	Scadenza:	<input type="text"/>	Premio (€)	<input type="text"/>
	Clausola di non rivalsa verso AREU	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

5 b) Dipendenti (polizze aggiuntive a quelle obbligatorie)

Polizza:	<input type="text"/>		
Compagnia:	<input type="text"/>	Polizza n.	<input type="text"/>
Scadenza:	<input type="text"/>	Premio (€):	<input type="text"/>
Clausola di non rivalsa verso AREU	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

Allegato

Il presente allegato è da compilare soltanto nel caso in cui lo spazio dedicato nella parte 2a non sia sufficiente.

2 a4) **Sigla mezzo** **Targa** Rif. MOD 74 n. _____

Compagnia ass.va **Agenzia di**

Polizza n. **Scadenza**

Autorizzazione sanitaria/SCIA n. **del**

Note: _____

2 a5) **Sigla mezzo** **Targa** Rif. MOD 74 n. _____

Compagnia ass.va **Agenzia di**

Polizza n. **Scadenza**

Autorizzazione sanitaria/SCIA n. **del**

Note: _____

2 a6) **Sigla mezzo** **Targa** Rif. MOD 74 n. _____

Compagnia ass.va **Agenzia di**

Polizza n. **Scadenza**

Autorizzazione sanitaria/SCIA n. **del**

Note: _____

2 a7) **Sigla mezzo** **Targa** Rif. MOD 74 n. _____

Compagnia ass.va **Agenzia di**

Polizza n. **Scadenza**

Autorizzazione sanitaria/SCIA n. **del**

Note: _____
