

MODULO 97
VERBALE DI ISPEZIONE SEDI ORGANIZZAZIONI DI VOLONTARIATO DEL SOCCORSOAAT: ☐ BG ☐ BS ☐ CO ☐ CR ☐ LC ☐ LO ☐ MB ☐ MI ☐ MN ☐ PV ☐ SO ☐ VA

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

Organizzazione

Postazione

Luogo

Sede

☐ sede principale☐ postazione di soccorso ☐ post. temporanea (interv. previsto: _____)**1) Struttura sede¹**

1 a) Indirizzo mail Organizzazione

1 b) Corrispondenza della sede operativa al Progetto operativo

SI ☐ NO ☐

1 c) Corrispondenza dell'autorimessa al Progetto operativo

SI ☐ NO ☐

1 d) Corrispondenza del locale di training/formazione al Progetto operativo

SI ☐ NO ☐

1 e) Corrispondenza dei locali destinati al riposo del personale divisi tra uomini e donne al Progetto operativo

SI ☐ NO ☐

1 f) Corrispondenza del locale dedicato al lavaggio del materiale sporco al Progetto operativo

SI ☐ NO ☐

1 g) È presente un locale/box per il deposito bombole O2 e mat. infetto (ad es. alipak)

SI ☐ NO ☐

Note: _____

2) Mezzi MSB 118 (MOD 74A Scheda verifica MSB (soccorso sanitario emergenza urgenza))

2 a) Corrispondenza dei mezzi con quanto indicato nel Progetto operativo (anno: _____):

SI ☐ NO ☐

Se "NO" indicare variazioni/sostituzioni: _____

2 a1) Sigla mezzo

Targa

Compagnia ass.va

Agenzia di

Polizza n.

Scadenza

Autorizzazione sanitaria/SCIA n.

del

Note. indicare se SCIA non prevista e tipologia di convenzione (continuativa, estemporanea, aggiuntiva):¹ Valutare corrispondenza rispetto alla documentazione prodotta in fase di selezione.



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

Note. indicare se SCIA non prevista e tipologia di convenzione (continuativa, estemporanea, aggiuntiva):

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

Note. indicare se SCIA non prevista e tipologia di convenzione (continuativa, estemporanea, aggiuntiva):

Per ulteriori mezzi utilizzare l'allegato.

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 2 b) L'Organizzazione utilizza un protocollo interno per la manutenzione dei mezzi? | SI ☐ | NO ☐ |
| 2 c) L'Organizzazione utilizza schede di controllo (meccanica-carrozzeria)? | SI ☐ | NO ☐ |
| 2 e) L'Organizzazione utilizza apposite procedure per la sanificazione dei mezzi di soccorso? | SI ☐ | NO ☐ |

3) Personale mezzi e Organizzazione²

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 3 a) Il personale è impegnato in missione di soccorso e non è presente in sede? | SI ☐ | NO ☐ |
| 3 a1) Il personale degli equipaggi ha il tesserino di riconoscimento (ben visibile)? | SI ☐ | NO ☐ |
| 3 b) Il personale degli equipaggi in turno, se previsto, è loggato correttamente in ePCR? | SI ☐ | NO ☐ |

Note: _____

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 3 c) Sono previste modalità di rilevazione delle presenze del personale degli equipaggi? | SI ☐ | NO ☐ |
|--|-----------------------------|-----------------------------|

Se "Sì" quali: _____

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 3d) Esistono dei referenti per la gestione dei mezzi di soccorso, dispositivi elettronici/elettromedicali e per il DB soccorritori? | SI ☐ | NO ☐ |
|---|-----------------------------|-----------------------------|

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

3 f) Num. dipendenti (soccorritori) risultanti dal Libro Unico del Lavoro

3 f1) Num. dipendenti (amministrativi) risultanti dal Libro Unico del Lavoro

3 g) Num. 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 l) Visite mediche per idoneità

Presenza del registro/archivio cartelle personali:

SI ☐ NO ☐

Numero visite effettuate nell'anno in corso

Direttore Sanitario:

Num. Dipendenti:

Num. Volontari:

Nominativo:

Note: _____

3 m) Registro Soci:

SI ☐NO ☐

Numero iscritti

Se su web indicare sito/indirizzo: _____

4) Polizze assicurativeI contratti/polizze sono stipulati da: ☐ Sede centrale ☐ regionale ☐ nazionale

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

SI ☐ NO ☐

RCT/RCO sono uniti in una singola polizza?

SI ☐ NO ☐**4 a) Volontari**

RCT RCO	Compagnia		Polizza n.	
	Agenzia di			
	Scadenza:		Premio (€)	
	Clausola di non rivalsa verso AREU			SI ☐ NO ☐

**Infortuni
Malattie**

Compagnia Polizza n.
Agenzia di
Scadenza: Premio (€)
Clausola di non rivalsa verso AREU SI ☐ NO ☐

4 b1) Volontari (polizze aggiuntive volontari oltre le obbligatorie)

Polizza:
Compagnia: Polizza n.
Scadenza: Premio (€):
Clausola di non rivalsa verso AREU SI ☐ NO ☐

Polizza:
Compagnia: Polizza n.
Scadenza: Premio (€):
Clausola di non rivalsa verso AREU SI ☐ NO ☐

4 b2) Dipendenti (polizze aggiuntive dipendenti oltre le obbligatorie)

Polizza:
Compagnia: Polizza n.
Scadenza: Premio (€):
Clausola di non rivalsa verso AREU SI ☐ NO ☐

Polizza:
Compagnia: Polizza n.
Scadenza: Premio (€):
Clausola di non rivalsa verso AREU SI ☐ NO ☐

NOTE

Presenza ulteriori Enti: ATS ☐ NAS ☐ Altro Ente: (Specificare: _____)

Presenza allegato: SI ☐ NO ☐



Incaricati della AAT 118

Cognome

Nome

Firma

Responsabile Organizzazione di volontariato del soccorso

Cognome

Nome

Firma

Allegato MOD 97

Il presente allegato è da compilare soltanto nel caso in cui lo spazio dedicato nella parte 2a del MOD 97 non sia sufficiente.

Sigla mezzo

Targa

Compagnia ass.va

Agenzia di

Polizza n.

Scadenza

Autorizzazione sanitaria/SCIA n.

del

Note. indicare se SCIA non prevista e tipologia di convenzione (continuativa, estemporanea, aggiuntiva):

Sigla mezzo

Targa

Compagnia ass.va

Agenzia di

Polizza n.

Scadenza

Autorizzazione sanitaria/SCIA n.

del

Note. indicare se SCIA non prevista e tipologia di convenzione (continuativa, estemporanea, aggiuntiva):

Sigla mezzo

Targa

Compagnia ass.va

Agenzia di

Polizza n.

Scadenza

Autorizzazione sanitaria/SCIA n.

del

Note. indicare se SCIA non prevista e tipologia di convenzione (continuativa, estemporanea, aggiuntiva):

Sigla mezzo

Targa

Compagnia ass.va

Agenzia di

Polizza n.

Scadenza

Autorizzazione sanitaria/SCIA n.

del

Note. indicare se SCIA non prevista e tipologia di convenzione (continuativa, estemporanea, aggiuntiva):
