



Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_, con l'incarico di legale rappresentante/responsabile incaricato, dell'Associazione/Ente/Azienda \_\_\_\_\_, avente il seguente recapito di telefono cellulare n: \_\_\_\_\_ ed indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_, o PEC \_\_\_\_\_

## RICHIEDE

L'assistenza sanitaria con:

- N. \_\_\_ ambulanza di soccorso base in modalità stabile
- N. \_\_\_ ambulanza di soccorso base in modalità mobile
- N. \_\_\_ medico C.R.I. (opzionale)
- N. \_\_\_ infermiere C.R.I. (opzionale)

Per l'evento sportivo/culturale/sociale: \_\_\_\_\_, che si terrà presso (indirizzo completo): \_\_\_\_\_, secondo i giorni: (compilare la tabella sottostante)

Data	Orario inizio	Orario fine	Orario inizio seconda sessione (se prevista)	Orario fine seconda sessione (se prevista)

## DICHIARA

- a) di aver preso visione: della circolare del 18 Luglio 2018 del Ministero dell'Interno, relativamente a "Modelli organizzativi e procedurali per garantire alti livelli di sicurezza in occasione di manifestazione pubbliche"; delle indicazioni organizzative fornite dalla centrale operativa S.U.E.M. 118 Verona; delle indicazioni fornite dalla conferenza stato/regioni n.91 del 5 Agosto 2014.
- b) un'affluenza prevista di spettatori/partecipanti/atleti nel numero di \_\_\_\_\_;
- c) che all'evento sarà presente il Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ in qualità di coordinatore, avente il numero di cellulare \_\_\_\_\_ e reperibile per l'intera durata della manifestazione.
- d) di avvalersi di un medico proprio individuato nel Dott. /Dott.ssa \_\_\_\_\_ e avente il seguente numero di cellulare: \_\_\_\_\_ (il medico provvederà alla fornitura della dotazione sanitaria extra).
- e) di ricevere i documenti per il pagamento, intestati a: \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_ codice SDI \_\_\_\_\_
- f) di comunicare a mezzo mail ( [bassoveronese@cri.it](mailto:bassoveronese@cri.it) ) o consegnare a mano il presente modulo almeno 20 giorni prima dell'evento ed allegare l'eventuale percorso/mappa in cui si terrà la manifestazione.

Il Comitato Basso Veronese in base alla seguente richiesta, le fornirà il preventivo dell'assistenza sanitaria e si riserva di comunicare alcune indicazioni operative, qualora risultassero delle criticità.

DATA

TIMBRO E/O FIRMA PER RICHIESTA