

Il sottoscritto (nome e cognome)

Coordinatore del seguente ITC-AHA (denominazione).....

CHIEDE

al Consiglio Direttivo Nazionale SIMEUP che il proprio ITC possa far parte della rete formativa SIMEUP per lo svolgimento dei corsi di *Pediatric Advanced Life Support AHA*.

Con la presente il coordinatore del suddetto ITC è garante che:

- ✓ tutti i suoi istruttori siano regolarmente iscritti come soci SIMEUP
- ✓ tutti i suoi istruttori si impegnino ad osservare il regolamento SIMEUP-PALS
- ✓ tutti i corsi PALS-AHA svolti dal proprio ITC siano regolarmente inseriti nel data base SIMEUP
- ✓ tutti gli allievi dei propri corsi PALS-AHA ricevano la regolare attestazione SIMEUP una volta superato il corso
- ✓ le card AHA di superamento del corso PALS e i relativi certificati SIMEUP vengano acquistati mediante la Segreteria Amministrativa SIMEUP
- ✓ nel suddetto ITC vengano svolti solo corsi PALS AHA-SIMEUP o equipollenti

Con la presente si fornisce l'elenco degli istruttori appartenenti al suddetto ITC con le rispettive qualifiche ed abilitazioni AHA (istruttore PALS, BLS, ACLS etc):

NOME	COGNOME	QUALIFICA	ABILITAZIONE

Cordiali saluti

Data.....

