



# Istituto Comprensivo Statale “NOSSIDE-PYTHAGORAS”

*Scuola dell'Infanzia - Scuola Primaria - Scuola Secondaria di I grado*

Via Salita Aeroporto, snc - 89131 Reggio Calabria - Telefono e Fax: 0965 643271  
Codice Fiscale: 92081130806 - Codice Meccanografico: RCIC86900V



PEO: [rcic86900v@istruzione.it](mailto:rcic86900v@istruzione.it) - PEC: [rcic86900v@pec.istruzione.it](mailto:rcic86900v@pec.istruzione.it) - WEB: [www.nossidepythagoras.it](http://www.nossidepythagoras.it)

ISTITUTO COMPrensivo STATALE - "NOSSIDE - PYTHAGORAS"-REGGIO CALABRIA  
Prot. 0005627 del 17/10/2022  
VII-5 (Uscita)

Reggio Calabria, 17/10/2022

**Al personale Docente**

**Al personale A.T.A.**

**Al sito web**

**OGGETTO: Formazione BLS D rivolta al personale di Istituto.**

Si comunica a quanti in indirizzo che, nell'ambito delle iniziative intraprese da questa Istituzione scolastica in materia di sicurezza, è prevista una formazione specifica BLS D (Basic Life Support and Defibrillation).

La formazione in parola segue l'acquisto di n.3 defibrillatori semiautomatici di cui la scuola si è dotata alla luce di specifici finanziamenti accordati dal Ministero dell'Istruzione e sarà rivolta ad un numero massimo di 18 unità distribuite nei plessi dell'Istituto Comprensivo compatibilmente alle sedi in cui saranno installati i dispositivi.

Tutto quanto premesso e con riserva di comunicare successivamente il programma dell'intervento, si invitano quanti interessati a comunicare la propria disponibilità provvedendo ad inviare all'indirizzo mail [rcic86900v@istruzione.it](mailto:rcic86900v@istruzione.it), entro e non oltre le ore 12.00 del 22/10/2022, il modello allegato alla presente (ALLEGATO).

Si precisa che in caso di adesioni superiori alle n. 18 unità, si provvederà a riconoscere l'accesso alla formazione sulla scorta dell'ordine cronologico con cui le istanze saranno recepite al protocollo.

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**Ing. Giuseppe Martino**

Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ex art. 3, c. 2 D.Lgs. n. 39/1993

**ALLEGATO**

**OGGETTO: Formazione BLS-D rivolta al personale di Istituto.**

Il/La sottoscritto/a NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_

cap \_\_\_\_\_ in servizio presso codesto Istituto nella qualità di:

- Docente
- Personale A.T.A.

MANIFESTA

la propria disponibilità alla formazione di cui in oggetto.

Si presta il proprio consenso al trattamento dei dati personali ivi contenuti per le finalità espressamente previste dall'iniziativa in oggetto, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del D.Lgs. 101/2018 in recepimento del Regolamento UE 2016/679.

Si allega copia di un documento d'identità in corso di validità.

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_