



## Comitato di \_\_\_\_\_ Report Attività ASSISTENZA SBARCO

### 1. Informazioni generali

Luogo Evento: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_  
Orario Inizio: \_\_\_\_\_ Orario Fine: \_\_\_\_\_  
Nave: \_\_\_\_\_ Nazionalità: \_\_\_\_\_

### 2. Informazioni sull'evento

N° Migranti TOTALE:	
Nazionalità di provenienza:	
Provenienti da:	

di cui:	Numero	Note
Uomini		
Donne		
Minori accompagnati		
Minori non accompagnati		

### 3. Informazioni sull'attività

Triage in banchina	effettuato da:	collaborazione CRI:
N° invii in ospedale	effettuate da:	effettuate da CRI:
N° Migranti Assistiti CRI		
N° visite		
Altro		
Attività svolte da RSP CRI/in collaborazione con USMAF a bordo:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Medico CRI <input type="checkbox"/> II.VV. <input type="checkbox"/> Infermiere CRI <input type="checkbox"/> Mediatore <input type="checkbox"/> Altro _____
Assistenza psicologica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	effettuata da CRI:	altro _____
RFL presenza operatore	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
RFL svolta attività	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Trasporto al Centro di:	N° migranti	Mezzi CRI Impiegati
Monitoraggio effettuato	da:	
Altro:		
Altro:		

### 4. Informazioni sul personale volontario impiegato

Personale	Numero	Note
Volontari presenti:		

di cui:



**Comitato di \_\_\_\_\_**  
**Report Attività ASSISTENZA SBARCO**

Il. VV. presenti:		
Medici:		
Infermieri:		
Mediatori:		
Psicologi:		
Altro:		
Altro:		

Comitato Locale/Provinciale a supporto \_\_\_\_\_

**5. Informazioni sul materiale/mezzi impiegati**

<b>Tipo materiale</b>	<b>Numero</b>	<b>Note</b>
Mezzi impiegati:		
Abz impiegate:		
Tende/PMA impiegati:		
Gazebi impiegati:		
KIT DPI utilizzati:		
Altro:		
Altro:		

**6. Informazioni sui materiali distribuiti**

<b>Tipo materiale</b>	<b>Numero</b>	<b>Note</b>
KIT Igienici		
KIT accoglienza		
KIT Donna		
Baby KIT		
Food KIT		
Reidratazione orale		
Kit primo soccorso		
Kit assistenza medica		
Trattamenti anti scabbia		
Altro		
Altro		

Note:

---

---

Ft. Il Presidente di Comitato

Compilato da \_\_\_\_\_

Inviato da \_\_\_\_\_