

**CROCE ROSSA ITALIANA
COMITATO PROVINCIALE ORISTANO**

DETERMINAZIONE COMMISSARIALE.

N° **16** del 16 MAG. 2012

Oggetto : Bando Corso Operatore BLS/D intercomponente.

CROCE ROSSA ITALIANA COMITATO REGIONALE SARDEGNA	
22 MAG. 2012	
Prot. N° 1464	Cat. _____ Faec. _____

IL COMMISSARIO

- VISTO** il D.P.C.M. n° 97 del 06.05.2005, recante " Approvazione del nuovo Statuto dell'Associazione Italiana della Croce Rossa ;
- VISTO** il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 30.10.2008 con il quale è stato disposto il Commissariamento della Croce Rossa ;
- VISTA** l'ordinanza Presidenziale n° 176 del 10.05.2007, con la quale veniva nominato Commissario del Comitato Provinciale CRI di Oristano il Dr. Domenico Cadeddu;
- VISTA** la richiesta del VDS Dr. Giannantonio Casule in qualità di Direttore del Corso per Operatore BLS/D ;

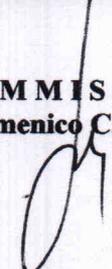
D E T E R M I N A

L'istituzione di un Corso per Operatore BLS/D intercomponente Provinciale per il giorno 27.05.2012 presso la sede del Gruppo VDS di S. Lussurgiu .
Considerato che presso la predetta sede VDS è stato istituito un Corso per operatori PSTI sarà data priorità ai VDS iscritti al Corso.
Le iscrizioni potranno essere inoltrate presso la casella di posta elettronica Provinciale isp.oristano@vds.it entro e non oltre il giorno 24.05.2012.
Le iscrizioni in esubero saranno inserite nel successivo Corso per Operatori BLS/D.
Il Corso avrà durata di otto ore con inizio alle ore 09.00 e si protrarrà per tutta la giornata.

Direttore del Corso(Sanitario) Dr. Giannantonio Casule
Istruttori BLS/D – VDS Angelo De Faveri – VDS Gallistru Francesco.

La presente la Delibera è conforme al D.P.R. n° 97 del 27/02/2003, e l'atto amministrativo non comporta oneri.

IL COMMISSARIO
(Dr. Domenico Cadeddu)



Croce Rossa Italiana



Croce Rossa Italiana

Corso Opertore BLS D Santulussurgiu 27/05/2012

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Cognome _____ Nome _____

Luogo di Nascita _____ Data di Nascita _____

Codice Fiscale _____ Unità C.R.I. di Appartenenza _____

Gruppo V.d.S. o Componente di Appartenenza _____

Recapiti: e-mail _____

Telefono _____ Fax: _____

Cellulare _____

Indirizzo Abitazione _____

Titolo di studio: _____

Altri titoli inerenti alla C.R.I. già posseduti: _____

Data _____

Firma _____

Autorizza il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'Art. 13 della legge 196/2003

Data _____

Firma _____

Il presente modulo dovrà pervenire entro e non oltre il 23/05/2012, ed essere inviato esclusivamente in formato elettronico all'e-mail (isp.oristano@vds.cri.it) o al n. FAX. 1782271943)