



LICEO CLASSICO STATALE "F. CAPECE"



Indirizzi: *Classico, Linguistico EsaBac, Scientifico,
Linguistico Internazionale Spagnolo*

*Piazza A. Moro, 29 - 73024 Maglie (Le)
Tel. 0836/484301*

*Web: www.liceocapece.edu.it – Email: lepc01000g@istruzione.it
Posta certificata: lepc01000g@pec.istruzione.it*

DIRIGENZA

CIRCOLARE N. 98

A.S. 2019/2020

Maglie, 15 novembre 2019

Ai Docenti

Al Personale ATA

Alle classi del triennio

**Oggetto: corso di formazione: “Rianimazione cardiopolmonare esecutore BLSD”
(*basic life support defibrillation*).**

Il nostro Istituto aderisce al Progetto “**SCUOLA, STRUTTURA CARDIOPROTETTA**” promosso dall’Associazione “Salvamento Agency” Centro di Alta Formazione Subacquea e Salvamento.

Con tale proposta si intende sensibilizzare e formare Docenti e Studenti sull’importanza di saper praticare le manovre di rianimazione cardiopolmonare (RCP) ed essere in grado di prestare soccorso alle vittime di arresto cardiaco improvviso, intervenendo tempestivamente e fornendo assistenza in attesa dell’arrivo del Servizio Medico d’Emergenza, attraverso il massaggio cardiaco e se disponibile utilizzando un defibrillatore semiautomatico (AED). Durante il corso, si apprenderanno le tecniche di base a supporto delle funzioni vitali (Basic Life Support) e l'utilizzo del Defibrillatore semiautomatico esterno (AED), secondo quanto previsto dalle raccomandazioni ILCOR 2010, per prestare il primo soccorso in attesa dell’arrivo del Servizio Medico d’Emergenza, ad una persona adulta o un bambino priva di respiro o di attività cardiaca.

Il corso della durata di circa sei ore comprende una sessione teorica e una di addestramento pratico che vengono svolte direttamente dagli Istruttori della Salvamento.

Gli incontri si terranno presso i locali del Liceo *Capece* **lunedì 16 e giovedì 19 dicembre dalle 14,30 alle 17,30.**

Tutti coloro che supereranno il corso riceveranno un attestato di certificazione come operatore BLSD.

La certificazione rilasciata è valida come credito scolastico e formativo accreditato dalla Regione Puglia.

Gli Studenti interessati a frequentare il corso di formazione BLSD sono invitati a sottoscrivere l’allegato modulo “Salvamento Agency” che dovrà essere restituito dai Rappresentanti di Classe, **entro e non oltre giovedì 28 c.m.**, al Collaboratore Scolastico del piano.

Il contributo al Progetto è pari ad € 75,00 da versare alla Docente referente, prof.ssa Elena Nascente Polo entro e non oltre lunedì 2 dicembre.

Si invitano il Personale Docente e il Personale A.T.A. interessati al corso ad inviare la propria adesione direttamente alla Referente del Progetto, prof.ssa Elena Nascente Polo all'indirizzo email: helnas61@gmail.com, **entro e non oltre giovedì 28 c.m.**

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Gabriella Margiotta

*Firma autografa sostituita a mezzo
stampa ai sensi e per gli effetti
dell'art. 3, c. 2 del D.lgs. n. 39/93*



Salvamento Agency
EMERGENCY

Operatore n. Abilitato: **SI** **NO**

Nome e Cognome: _____ Sesso: M F
Data di nascita: _____ Luogo di nascita: _____ Prov.: _____
Residente a: _____ Via/Piazza: _____ N°: _____
C.A.P.: _____ Prov.: (_____) C.F.: _____
Tel.: _____ E.mail: _____

Se già certificato con Salvamento Agency, scrivi qui il tuo n° di brevetto:

FIRMA*: _____ CODICE KIT: _____

Operatore n. Abilitato: **SI** **NO**

Nome e Cognome: _____ Sesso: M F
Data di nascita: _____ Luogo di nascita: _____ Prov.: _____
Residente a: _____ Via/Piazza: _____ N°: _____
C.A.P.: _____ Prov.: (_____) C.F.: _____
Tel.: _____ E.mail: _____

Se già certificato con Salvamento Agency, scrivi qui il tuo n° di brevetto:

FIRMA*: _____ CODICE KIT: _____

Operatore n. Abilitato: **SI** **NO**

Nome e Cognome: _____ Sesso: M F
Data di nascita: _____ Luogo di nascita: _____ Prov.: _____
Residente a: _____ Via/Piazza: _____ N°: _____
C.A.P.: _____ Prov.: (_____) C.F.: _____
Tel.: _____ E.mail: _____

Se già certificato con Salvamento Agency, scrivi qui il tuo n° di brevetto:

FIRMA*: _____ CODICE KIT: _____

Operatore n. Abilitato: **SI** **NO**

Nome e Cognome: _____ Sesso: M F
Data di nascita: _____ Luogo di nascita: _____ Prov.: _____
Residente a: _____ Via/Piazza: _____ N°: _____
C.A.P.: _____ Prov.: (_____) C.F.: _____
Tel.: _____ E.mail: _____

Se già certificato con Salvamento Agency, scrivi qui il tuo n° di brevetto:

FIRMA*: _____ CODICE KIT: _____