**SCHEDA MONITORAGGIO**

**DEFIBRILLATORE AUTOMATICO ESTERNO**



Il sottoscritto Dirigente Scolastico dell’Istituto

Nome istituto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mail Istituto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. Istituto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Docente Referente DAE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L’Istituto è dotato di DAE: se NO [ ] - se SI’ [ ] quanti DAE : n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il personale è formato: se NO [ ] – se SI’ [ ] quante persone: n.\_\_\_ con quale qualifica professionale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico

Timbro e firma

Luogo e data,……………………………… ………………………………………………………………

**Da iviare via mail a: ufficio@educazionefisicapn.org entro il 22 febbraio 2021**