

**FORMAZIONE PERSONALE SANITARIO**  
**(NB SERVIZIO OBBLIGATORIO INCLUSO NELLA FORNITURA)**

<b>Il sottoscritto</b>	<b>in qualità di legale rappresentante della Società:</b>		
Ragione Sociale:			
Città:		(Provincia o Stato):	
Indirizzo:			
Tel.:		Fax:	
e-mail:			

**DICHIARA**

di impegnarsi ad organizzare:

1) un adeguato corso di formazione a addestramento per il personale sanitario con tutte le spese a proprio carico, da erogarsi prima del collaudo, con le seguenti caratteristiche minime:

- **Durata indicativa del corso:** almeno 1 ora per il personale sanitario
- **Personale docente:** personale adeguatamente formato sui contenuti minimi richiesti
- **Rilascio di attestato a nominativo**

**Corso di formazione e addestramento al personale sanitario (descrivere):**

Luogo di svolgimento:	
Durata del corso:	
Breve descrizione dei contenuti del corso:	
Personale docente:	
Documentazione utilizzata:	
Periodicità prevista:	

**Istruzioni per il personale tecnico (descrivere):**

Formazione, per fornire gli elementi per un primo intervento, consultazione della manualistica e diagnostica sul funzionamento del sistema fornito al personale incaricato dalla singola Azienda del SSR interessata alla presente fornitura:

Luogo di svolgimento:	
Durata del corso (ore):	
Breve descrizione dei contenuti del corso:	
Personale docente:	
Documentazione utilizzata:	
Manualistica tecnica (elencare e descrivere le parti costitutive):	
Altro	

**Timbro e firma del legale rappresentante**

---