

**SCHEDA RICEZIONE EVENTO/MANIFESTAZIONE PROGRAMMATA**  
(Delibera Giunta Regione Toscana 22.02.2015 n. 149)

Ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dalla DGR Toscana 22.02.2015 n. 149 che recepisce il documento recante le " Linee di indirizzo sull' organizzazione dei soccorsi sanitari negli eventi e nelle manifestazioni programmate "(Accordo Conferenza Unificata Stato - Regioni n. 91 del 5 agosto 2014)" si conferma la ricezione in data : 01-09-2022 della segnalazione evento / manifestazione programmata di seguito indicata:

N. EVENTO	3639
EVENTO	5^ MEMORIAL PIERO FORCONI
COMUNE EVENTO	San Casciano in Val di Pesa
DATA INIZIO	02-10-2022
TIPOLOGIA EVENTO	EVENTO SPORTIVO
PUNTEGGIO RISCHIO DICHIARATO	11
SERVIZIO SANITARIO DEDICATO	SI

**Raccomandazioni/prescrizioni**

**(trasmettere quanto richiesto a eventi118.firenze@uslcentro.toscana.it):**

- richiesta di trasmissione tipologia mezzo/i di soccorso e/o altre risorse impiegate
- La Struttura 118 limita la propria valutazione alla presenza e alla congruità del servizio di emergenza sanitaria dedicato, non avendo autorità riguardo l'osservanza delle normative vigenti (nazionali, regionali e comunali) attinenti all'accesso, distanziamento e protezione individuale dei partecipanti alla manifestazione/evento

Firenze, 06-09-2022

Dr.ssa VIOLA TERONI

VIOLA TERONI  
REGIONE  
TOSCANA/01386030488  
06.09.2022 10:28:26  
UTC

Azienda USL Toscana centro



Struttura Organizzativa  
Complesso 118  
Viale Michelangelo 41  
50125 Firenze  
Telefono 055 22767222  
E-mail:  
118.firenze@uslcentro.toscana.it  
Pao:  
118firenzeprato@postoffice.toscana.it

**COORDINAMENTO SUL POSTO ASSISTENZA SANITARIA DEDICATA**

(ove previsto – consigliato se la manifestazione prevede la presenza contemporanea di più squadre di soccorso dedicato):

Nominativo:

Recapito/i telefonico/i:   
(di riferimento per la Centrale Operativa 118 nel corso dell'evento)

**RISORSE SANITARIE DEDICATE**

**1** Tipo Risorsa:  Ambulanza Medicalizzata  Ambulanza Primo Soccorso  Squadra Soccorso a Piedi  
 Ambulanza Infermieristica  Automedica  Postazione Temporanea di Soccorso

Punto Stazionamento:

Data e ora inizio attività:  Data e ora fine attività:

Associazione:  Recapito Telefonico:

**2** Tipo Risorsa:  Ambulanza Medicalizzata  Ambulanza Primo Soccorso  Squadra Soccorso a Piedi  
 Ambulanza Infermieristica  Automedica  Postazione Temporanea di Soccorso

Punto Stazionamento:

Data e ora inizio attività:  Data e ora fine attività:

Associazione:  Recapito Telefonico:

**3** Tipo Risorsa:  Ambulanza Medicalizzata  Ambulanza Primo Soccorso  Squadra Soccorso a Piedi  
 Ambulanza Infermieristica  Automedica  Postazione Temporanea di Soccorso

Punto Stazionamento:

Data e ora inizio attività:  Data e ora fine attività:

Associazione:  Recapito Telefonico:

**4** Tipo Risorsa:  Ambulanza Medicalizzata  Ambulanza Primo Soccorso  Squadra Soccorso a Piedi  
 Ambulanza Infermieristica  Automedica  Postazione Temporanea di Soccorso

Punto Stazionamento:

Data e ora inizio attività:  Data e ora fine attività:

Associazione:  Recapito Telefonico:

**5** Tipo Risorsa:  Ambulanza Medicalizzata  Ambulanza Primo Soccorso  Squadra Soccorso a Piedi  
 Ambulanza Infermieristica  Automedica  Postazione Temporanea di Soccorso

Punto Stazionamento:

Data e ora inizio attività:  Data e ora fine attività:

Associazione:  Recapito Telefonico:

**6** Tipo Risorsa:  Ambulanza Medicalizzata  Ambulanza Primo Soccorso  Squadra Soccorso a Piedi  
 Ambulanza Infermieristica  Automedica  Postazione Temporanea di Soccorso

Punto Stazionamento:

Data e ora inizio attività:  Data e ora fine attività:

Associazione:  Recapito Telefonico:

Luogo e Data:

Firma: 