



COMUNE DI CAPISTRELLO



Medaglia D'Oro al Merito Civile

Provincia dell'Aquila



Il Sindaco

COMUNICATO DEL SINDACO N. 10

COMUNE DI CAPISTRELLO (AQ)

Anno	Titolo	Classe	ARRIVO
2020	II	01	
Prot.n.	2709	Del	06/05/2020



RICHIESTA DI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE

Premesso che la Regione Abruzzo dipartimento della Protezione civile stabilisce i criteri per la distribuzione di mascherine e di dispositivi di protezione individuale (DPI) da parte della unità di Crisi Regionale per l'emergenza Covid-19;

Considerato che sono stati individuati per le diverse categorie i soggetti aggregatori e dei beneficiari a questi afferenti;

Considerato per gli Enti Locali e Servizi Pubblici individuano come soggetto aggregatore i comuni, che avranno quindi il compito di:

- effettuare la ricognizione dei fabbisogni dei beneficiari ad esso afferenti;
- comunicare all'Unità di crisi regionale il fabbisogno globale unicamente attraverso la piattaforma informatica all'uopo predisposta;
- distribuire ai beneficiari il materiale di cui hanno fatto richiesta;

Considerato che per la formalizzazione della richiesta si rende necessario da parte gli richiedenti destinatari, specificare il motivo che determina la necessità dell'uso del dispositivo;

Considerato che le presenti modalità entreranno in vigore a partire dal 1° maggio;

SI INVITANO

tutti coloro che intendono fare richiesta dei dispositivi di protezione individuali, a presentare relativa domanda seguendo lo schema allegato, che potete scaricare dal sito ufficiale del comune ovvero ritirare lo stampato presso l'ufficio protocollo di questo ente tutti i giorni dalle ore 10 alle ore 12;

Capistrello, 6 maggio 2020

Comune di Capistrello - Piazza Municipio, 67053

Telefono 0863.45841 - Fax 0863.4584222 - C.F. e P.Iva 00181790668

Sito Internet: www.comune.capistrello.aq.it - Pec: info@pec.comune.capistrello.aq.it



COMUNE DI CAPISTRELLO



Medaglia D'Oro al Merito Civile

Provincia dell'Aquila



RICHIESTA DI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE

RAGIONE SOCIALE :

_____ ;

SEDE OPERATIVA :

_____ ; **VIA** _____ ;

EMAIL : _____ ;

RECAPITO TELEFONICO : _____ ;

ATTIVITA' SVOLTA : _____ ;

_____ ;

_____ ;

MOTIVO CHE DETERMINA LA NECESSITA' DELL'USO DEL DISPOSITIVO :

_____ ;

NUMERO ADDETTI PRESSO L'UNITA' OPERATIVA : _____ ;

DI CUI NECESSITANO DEL DISPOSITIVO N° : _____ ;

ESIGENZA GIORNALIERA COMPLESSIVA : _____ ;

RESPONSABILE SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE :

NOME _____ ; **COGNOME** : _____ ;

DATA _____ ;

FIRMA