



LICEO "G. Stampacchia"

Classico-Scientifico

www.liceostampacchia.edu.it - leps220003@istruzione.it - leps220003@pec.istruzione.it

P.zza G. Galilei – 73039 TRICASE – Tel.544020/204514 – C.F. 90057020753 Cod. Fatt. UFOZ75

Circ.n. 365

Tricase, 24/03/2026

Ai docenti interessati
Al Personale ATA interessato
Alla DSGA
Albo
Atti

Oggetto: Attivazione corsi per Addetti Primo Soccorso / Addetti BLS (defibrillatore)

Si comunica al personale in indirizzo che, a partire **dal 09 Aprile 2026- ore 15.00** - avranno inizio i corsi di formazione sulla sicurezza indicati in oggetto.

Le attività formative si terranno IN PRESENZA presso la Sede Centrale .

Il calendario dettagliato con i rispettivi orari sarà fissato il giorno del primo incontro formativo.

Si ricorda che la formazione sulla sicurezza non è solo un diritto, ma un preciso dovere sancito dalla legge:

- **Per il Datore di Lavoro:** Il Dirigente Scolastico ha l'obbligo di assicurare un'adeguata formazione al personale DOCENTE e ATA (art. 19 del D.Lgs. 81/2008 e Accordo Stato-Regioni del 07/07/2016).
- **Per il Lavoratore:** Ai sensi della normativa vigente, il dipendente ha l'obbligo di "partecipare ai programmi di formazione e di addestramento organizzati dal datore di lavoro".

CORSO	DURATA
PRIMO SOCCORSO	8 ore teoriche 4 ore pratiche
CORSO DEFIBRILLATORE -BLS	4 ore pratiche

N.B. La formazione dovrà riguardare, in debita proporzione, il personale di entrambe le sedi dell'Istituto al fine di assicurare SEMPRE la loro presenza per affrontare le eventuali problematiche di sicurezza che dovessero verificarsi durante le attività didattiche .

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

(Prof. Mauro Vitale POLIMENO)

(firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs. 82/2005)



LICEO "G. Stampacchia"

Classico-Scientifico

www.liceostampacchia.edu.it - leps220003@istruzione.it - leps220003@pec.istruzione.it

P.zza G. Galilei – 73039 TRICASE – Tel.544020/204514 – C.F. 90057020753 Cod. Fatt. UFOZ7S

Al Dirigente Scolastico
Liceo G. Stampacchia
Tricase (LE)

MODULO ADESIONE CORSI SICUREZZA

Il/lasottoscritto/anato/a a.....il
....., residente in..... alla via/p.zza.....,

in qualità di :

- Docente
- A.T.A.

presso codesto istituto

CHIEDE

di partecipare al corso di formazione

- Primo soccorso
- BLS

da tenersi presso l'istituto a partire dal 09.04.2026 ore 15.00.

Tricase ,

firma

.....

N.B. Nel caso di scelta di entrambe i percorsi formativi indicare l'ordine di priorità/preferenza indicandolo con il numero 1 ed il numero 2 .