

International Trauma Life Support

Course roster



Informazioni Corso

- | | | |
|---|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ITLS Basic | <input type="checkbox"/> Provider | <input type="checkbox"/> Istruttore |
| <input type="checkbox"/> ITLS Advanced | <input type="checkbox"/> Provider | <input type="checkbox"/> Istruttore |
| <input type="checkbox"/> ITLS military | <input type="checkbox"/> Provider | <input type="checkbox"/> Istruttore |
| <input type="checkbox"/> ITLS Access | <input type="checkbox"/> Provider | <input type="checkbox"/> Istruttore |
| <input type="checkbox"/> ITLS Duty To Respond | <input type="checkbox"/> Provider | <input type="checkbox"/> Istruttore |

Rinnovo certificazione

Course Coordinator _____
Course Medical Director _____
ITLS Chapter **outsphera for life** _____
Training Site _____
Sede Corso _____
Indirizzo _____
CAP, Città _____

| | | |
|-------------------------------|---|-----------------------------------|
| Inizio corso (data/ora) _____ | Fine corso (data/ora) _____ | Ore totali di formazione _____ |
| N. Card rilasciate _____ | Rapporto Manichini : Studenti ____ : ____ | Data di rilascio delle card _____ |

Istruttori secondari (allegare copia della card istruttore per gli istruttori allineati ad un Chapter / Training Center diverso dal primario)

| Cognome e Nome | Cognome e Nome |
|----------------|----------------|
| 1. | 5. |
| 2. | 6. |
| 3. | 7. |
| 4. | 8. |

Ho verificato che queste informazioni sono accurate, veritiere e che possono essere confermate. Questo corso è stato effettuato secondo le linee guida ITLS.

Firma Course Coordinator

Data

Data _____ Corso _____

Course Coordinator _____



Partecipanti

* Professione: M = medico, I = infermiere, S = soccorritore, A = altro

| <i>Cognome e Nome</i> | | | | | | | | | | | | | <i>Indirizzo</i> | | | | | | | | | | | | | Professione | Esame scritto | Esame Pratico | Potenz. istruttore |
|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------|---------------|---------------|--------------------|
| <i>CODICE FISCALE</i> | | | | | | | | | | | | | <i>Telefono, Email</i> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Data _____ Corso _____

Course Coordinator _____



Partecipanti

* Professione: M = medico, I = infermiere, S = soccorritore, A = altro

| <i>Cognome e Nome</i> | | | | | | | | | | | | | <i>Indirizzo</i> | | | | | | | | | | | | | Professione | Esame scritto | Esame Pratico | Potenz. istruttore |
|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------|---------------|---------------|--------------------|
| <i>CODICE FISCALE</i> | | | | | | | | | | | | | <i>Telefono, Email</i> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |