



ALLEGATO A



COMUNE DI CIVITAVECCHIA

PROTEZIONE CIVILE

“GRUPPO COMUNALE VOLONTARI”

DOMANDA DI AMMISSIONE

(N.B. DA COMPILARE IN STAMPATELLO IN FORMA CHIARA E LEGGIBILE IN TUTTE LE SUE PARTI)

Il/La Sottoscritt _____ nat_ a _____

Il ___/___/_____, residente in _____ Prov. _____

C.A.P. _____, Indirizzo _____ n° _____

n° cell./tel.Fisso _____

Email _____ C.F. _____

Sesso _____ ASL di appartenenza _____

DOMICILIO - DA COMPILARE SOLO SE DIVERSI DALLA RESIDENZA

Domiciliato in _____ Prov. _____

C.A.P. _____, Indirizzo _____ n° _____

n° cell./tel.Fisso _____

FAMILIARI PER EVENTUALI COMUNICAZIONI

Rapporto di parentela _____ Cognome e Nome _____

n° cell./tel.Fisso _____

DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO

Tipo _____ n° _____

Emesso da _____ Data ___/___/_____

PATENTE DI GUIDA

Categoria _____ n° _____

Rilasciata da _____ Data ___/___/_____

DATI SOMATICI

Altezza in cm _____ colore occhi _____ colore capelli _____

GRUPPO SANGUIGNO _____

DATI PER LA VESTIZIONE

(La taglia deve essere espressa nella doppia unità di misura ovvero sia in S/M/L/XL ecc., sia con 40/42/44/ ecc.)

Pantaloni _____ Polo _____ Copricapo _____ Calzature _____ Guanti _____
Giacca a vento _____ Pile _____ Giro vita _____ Giro petto _____ Larghezza spalle _____
Lunghezza polso/ascella _____ Altezza Cavallo dei pantaloni _____

DATI GENERALI

Titolo di studio _____

Professione _____

Lingue conosciute e livello conoscenza _____

Hobbies

Brevetti

Porto d'armi (specificare tipo) _____

Corsi speciali _____

Sport praticati (specificare il livello)

Precedenti esperienze di volontariato (specificare evento e mansione)

VACCINAZIONI - (segnare data ultima)

Antitetanica ___ - ___/___/_____ Antirabbica ___ - ___/___/_____

Anticolerica ___ - ___/___/_____ Antitifica ___ - ___/___/_____

Antidifterica ___ - ___/___/_____

Altre (eventuali) _____

ALLERGIE - (in mancanza di allergie scrivere NO)

Avendo preso visione del Regolamento e accettandone il contenuto, chiede di far parte del Gruppo medesimo in qualità di volontario.

Il/La sottoscritt__ consapevole delle responsabilità civili e penali in caso di dichiarazioni mendaci, **dichiara sotto la propria responsabilità di non avere precedenti o pendenze penali e sottoscrive quanto su dichiarato.**

Civitavecchia, ___/___/_____

Firma del richiedente

TRATTAMENTO DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI

Il/La sottoscritto/a, preso atto dell'attività istituzionale svolta dal Gruppo Comunale Volontari di Protezione Civile di Civitavecchia, consapevole della necessità del trattamento dei miei dati personali ai sensi e per gli effetti del D.L. 196/03 e successivi aggiornamenti, dichiaro di aver preso visione dell'informativa e pertanto:

do/a il consenso --- nego/a il consenso,

al trattamento dei miei dati personali sia comuni che sensibili, che mi riguardano, in funzione al rapporto intercorrente con il suddetto Gruppo, per le finalità istituzionali e accessorie all'attività svolta e alla comunicazione degli stessi alle categorie di soggetti che per loro competenze e rapporti con il Gruppo devono gestirli ai fini di archiviazione, contabili, assicurativi, nonché trattarli per i fini obbligatori di legge.

Civitavecchia, ___/___/_____

Firma del richiedente

DOCUMENTI NECESSARI PER L'AMMISSIONE

❖ **FOTOCOPIA:**

- **DOCUMENTO D'IDENTITA';**
- **PATENTE DI GUIDA;**
- **ATTESTATI;**
- **BREVETTI;**
- **SPECIALIZZAZIONI.**

❖ **N. 2 FOTO A COLORI FORMATO TESSERA**

❖ **CERTIFICATO AMNESTICO DEL MEDICO DI BASE CHE ATTESTI LA SANA E ROBUSTA COSTITUZIONE PER L'ATTIVITA' DI PROTEZIONE CIVILE, (IN SOSTITUZIONE, PER IL PERSONALE DELLE FF.AA. E ORGANI DI POLIZIA, COPIA DELL'ATTESTATO DI SERVIZIO).**

❖ **SE IN POSSESSO DI ANIMALI CON BREVETTI PER LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' DI PROTEZIONE CIVILE, BISOGNA PORTARE COPIA DEI DOCUMENTI RIGUARDANTI L'ANAGRAFE, I VACCINI E I BREVETTI DELL'ANIMALE.**

=====

Tessera n° _____ rilasciata in data ___/___/_____

Parere Coordinatore

Parere Funz. Resp. Protezione Civile

Parere del Sindaco

IL COORDINATORE DEL GRUPPO

Il Sindaco
