



Pubblica Assistenza Signa

Coordinamento Volontari

DOMANDA DI AMMISSIONE AL CORPO VOLONTARI

<i>Spazio Riservato al Coordinamento Volontari in sede di approvazione:</i>		
NR. ISCRIZIONE REG. VOLONTARI:		
DATA AMMISSIONE:		
FIRMA DEL PRESIDENTE:		
FIRMA RESP. COORD. VOLONTARI		

Il/La sottoscritto/a

Cognome	Nome	Sesso

Data di nascita	Comune di nascita	Prov.

Codice Fiscale

Residenza

Via	N.	Comune	Prov.	CAP

Recapito (da compilarsi solo se diverso dal precedente indirizzo)

Via	N.	Comune	Prov.	CAP

E-mail	Telefono	Cellulare

Professione	In possesso di Patente di Guida?	Gruppo Sanguigno?
	☐ NO ☐ SI (allegare copia)	

CHIEDE

al Consiglio Direttivo della Pubblica Assistenza Signa - ODV di essere ammessa/o a far parte del Corpo Volontari, impegnandomi a prestare servizio, senza fini di lucro, come previsto dall'art. 1 del D.lgs. 117/2017 (Codice del Terzo settore), nel rispetto delle norme di legge, dello Statuto, del Regolamento Generale, delle Procedure e Direttive Associative.

Signa, _____

firma: _____

DATI VACCINAZIONI:

1^a dose EPATITE B	2^a dose EPATITE B	3^a dose EPATITE B	Ultimo Richiamo ANTITETANICA

PREFERENZA ATTIVITA' DA SVOLGERE (barrare le caselle corrispondenti):

	SOCCORRITORE EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE (118)
	SOCCORRITORE TRASPORTI SANITARI ORDINARI/SPECIALI
	AUTISTA O ACCOMPAGNATORE SERVIZIO TRASPORTI SOCIALI
	VOLONTARIO PROTEZIONE CIVILE
	VOLONTARIO ANTINCENDIO BOSCHIVO
	ATTIVITA' RICREATIVE
	ALTRA ATTIVITA' (SPECIFICARE: _____)

Si precisa che la qualifica di AUTISTA è subordinata, oltre che al possesso dei requisiti di legge, anche al superamento del percorso formativo interno previsto per ogni categoria di veicolo in uso all'Associazione.

Si precisa che la qualifica di SOCCORRITORE è subordinata alla frequenza e superamento del Corso per Volontari Soccorritori di Livello Base e successivamente del Corso per Volontari Soccorritori di Livello Avanzato, come previsto dalla L.R. 22 maggio 2001, nr. 25.

TIPO DI DISPONIBILITA'	ORARI DISPONIBILITA'	Hai già giorni e orari in mente?
☐ GIORNALIERA ☐ SETTIMANALE ☐ QUINDICINALE ☐ MENSILE	☐ A CHIAMATA ☐ PREFERISCO UN TURNO FISSO ☐ SOLO DIURNO ☐ SOLO NOTTURNO ☐ SIA DIURNO CHE NOTTURNO	

SPAZIO DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI PER I VOLONTARI MINORI DI ANNI 18

Io sottoscritto/a _____

In qualità di _____

PRESA VISIONE

della domanda di ammissione al Corpo Volontari compilata da mia/o figlia/o (o da soggetto del quale sono tutore) e dell'intenzione della/o stessa/o di prestare servizio presso la Pubblica Assistenza di Signa in qualità di volontario/a e di quanto previsto dallo Statuto e dal Regolamento Generale,

RILASCIO

il formale consenso affinché la domanda venga accettata nei termini stabiliti, autorizzandolo a prestare tale attività di Volontariato.

Signa, _____

firma del genitore: _____

AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZA di CONDANNE PENALI

Il/la sottoscritto/a _____ consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000),

D I C H I A R A

- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa **che comportino l'interdizione temporanea o perpetua dai pubblici uffici.**
- non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

Signa, _____

firma: _____

SPAZIO DA COMPILARE PER I VOLONTARI IN SERVIZIO PRESSO ASSOCIAZIONI DI PUBBLICA ASSISTENZA, MISERICORDIA, CROCE ROSSA ITALIANA

Associazione/i presso cui si è già iscritti: _____

Qualifica/Attività Svolta: _____

Allego attestati corsi e retraining di legge:

☐ LIVELLO BASE

☐ LIVELLO AVANZATO

☐ CORSO PAD (BLSD/PBLSD)

INFORMATIVA E AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

in applicazione del "Codice in materia di protezione dei dati personali" - D. Lgs. n. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679

Ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. n. 196/2003 dichiaro di essere a conoscenza che il trattamento dei dati da me forniti avverrà mediante strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà esser effettuato oltre che con strumenti manuali anche attraverso strumenti automatizzati (sia informatici che telematici) atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi secondo la normativa indicata. Tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della mia riservatezza e dei miei diritti. I dati stessi non saranno per nessuna ragione divulgati o ceduti a terzi senza una mia esplicita autorizzazione. Il conferimento di questi dati inseriti nel Libro Soci e nel Libro Volontari che sarà conservato presso la sede sociale, secondo precise disposizioni di Legge, è obbligatorio e l'eventuale rifiuto comporterà l'impossibilità di essere ammesso come Socio dell'Associazione. Il trattamento sarà effettuato su tali dati sensibili, nei limiti indicati dall'Autorizzazione generale del Garante.

Si rinvia, per una completa definizione dell'ambito del trattamento consentito e delle misure di sicurezza oltre che delle procedure specifiche per l'attività nell'ambito dei servizi erogati dall'Associazione, all'istruzione operativa denominata "Trattamento dei dati e tutela della riservatezza" (il cui contenuto si intende integralmente richiamato) consultabile sul sito internet istituzionale all'indirizzo www.pasigna.it (sezione "Associazione", pagina "Privacy"), in cui sono descritte le modalità con cui assicurare la tutela della riservatezza dei dati personali e sensibili trattati per l'esercizio degli scopi e delle attività istituzionali.

Il titolare del trattamento dei dati è Pubblica Assistenza Signa ODV, Via Argine Strada, 5 - Signa (FI).

Signa, _____

firma: _____

L'accettazione della domanda è subordinata ad una serie di requisiti qui sotto riportati:

- a) Aver compiuto il 14° anno di età.
- b) Se minori di anni 18 avere il consenso di un genitore o di chi ne fa le veci, compilando l'allegato di seguito predisposto.
- c) Sottoscrivere la tessera soci, in qualità di Socio Volontario

Documenti da presentare per l'accettazione della domanda:

- a) n° 2 fotografie formato tessera.
- b) Certificato medico che attesti sana e robusta costituzione fisica e stabilità psichica.
- c) Fotocopia della patente di guida (o, in mancanza, di altro documento di identità)
- d) Fotocopia (ove posseduto) del libretto delle vaccinazioni obbligatorie

Si ricorda che ai sensi della normativa vigente in materia di Associazioni e dello Statuto l'approvazione della domanda di ammissione al Corpo Volontari è sottoposta al giudizio del Consiglio Direttivo.

SPAZIO DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO DI FAMIGLIA

Certificazione di sana e robusta costituzione e stabilità psichica

Il sottoscritto Dr./Dr.ssa _____ cod. reg. _____

ho visitato in data il/la Sig./Sig.ra _____,

nato a _____ in data _____

Il/la mio/a assistito/a, sulla base della visita medica da me effettuata, risulta in stato di buona salute e stabilità psichica e non presenta controindicazioni in atto allo svolgimento di attività di volontariato presso l'Associazione Pubblica Assistenza di Signa.

Si rilascia in carta libera per gli usi consentiti dalla legge.
In fede.

Luogo e data

Timbro e firma del Medico
