



**PUBBLICA ASSISTENZA
CENTRO RADIO SOCCORSO ODV
Borgo San Lorenzo**

DOMANDA DI AMMISSIONE A VOLONTARIO

Il/la sottoscritto/a

Nato/a

il residente a

Via/le

Tel.

Email

C.F.

FA RICHIESTA

al Consiglio Direttivo per entrare a far parte del corpo dei volontari dell'Associazione dichiarando di condividerne le finalità, a rispettare le regole sancite dallo Statuto e dai regolamenti interni, nonché di osservare le disposizioni di Legge inerenti il Volontariato (D.L.117/2017)

DICHIARA:

Attraverso autocertificazione allegata al presente documento secondo disposizioni L.R. 83/2019, le proprie condizioni psico-fisiche per l'espletamento dei servizi Sociali e Sanitari

DICHIARA ALTRESI'

- DI NON avere pendenze giuridiche in atto**
 DI ESSERE - [] NON ESSERE in possesso della patente di guida
 DI ESSERE - [] NON ESSERE in possesso di attestato di Soccorritore in corso di validità
 DI ESSERE - [] NON ESSERE interessato ai corsi di formazione

E CHIEDE DI ESSERE AMMESSO PER SVOLGERE LE SEGUENTI ATTIVITA'

- SETTORE SANITARIO DI EMERGENZAURGENZA 118**
 SERVIZI SOCIALI / ORDINARI
 PROTEZIONE CIVILE
 DONATORE DI SANGUE
 SEZIONE CINOFILI
 SERVIZI LUDICO RICREATIVI

Consenso al trattamento dei dati personali

Dichiaro di aver ricevuto le informazioni di cui all'Art. 13 del Regolamento UE 2016/679, in particolare riguardo ai diritti riconosciuti dal Regolamento UE 2016/679 e di acconsentire, ai sensi e per gli effetti dell'art.7 e ss. del Regolamento, al trattamento dei dati personali, anche particolari, con le modalità e per le finalità indicate nella informativa stessa, comunque strettamente connesse e strumentali alla gestione delle finalità dell'Associazione.
Sono a conoscenza che, ai sensi dell'art. 7 del regolamento, ho facoltà di revoca del trattamento dei miei dati purchè espressa per iscritto.

Data.....

Firma.....

P.A. Centro Radio Soccorso ODV

Via Pananti,18/20 – 50032 BORGO SAN LORENZO (FI) – Tel. 055.8458585 – Fax 055.8456953 – Cod.Fisc.: 83002750483
Sezione di POLCANTO – Tel. 055.8409612

mail: crs.presidenza@gmail.com
- crs.amministrazione@gmail.com

AUTOCERTIFICAZIONE SULLE CONDIZIONI CLINICHE DEL CANDIDATO

Il/La Sottoscritto/a _____

CODICE FISCALE _____

Dichiara sotto la propria responsabilità di essere a conoscenza dello stato dei seguenti organi e apparati

SUSSISTONO PATOLOGIE DELL'APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO E /O VASCOLARE (Es.: ipertensione, anche se normalizzata dal trattamento; pregresso infarto; angina; pregresso intervento cardiocirurgico; aneurisma; aritmie)? Se sì, INDICARE QUALI:	SÌ	NO
SUSSISTE DIABETE MELLITO Se sì, SPECIFICARE se: Insulinodipendente <input type="checkbox"/> Trattato con dieta o ipoglicemizzanti orali <input type="checkbox"/>	SÌ	NO
SOFFRE (HA MAI SOFFERTO) DI MALATTIE NEUROLOGICHE (es. morbo di Parkinson, emiparesi, ischemia cerebrale, sclerosi multipla, ecc.)? Se sì, INDICARE QUALI:	SÌ	NO
SUSSISTONO (HA MAI SOFFERTO) DI TURBE E/O PATOLOGIE DELLA SFERA PSICHICA (es. ansia, depressione, allucinazioni, ecc.)? Se sì, SPECIFICARE QUALI ed in che periodo ne ha sofferto:	SÌ	NO
E' ATTUALMENTE (E' STATO) IN CURA CON TRANQUILLANTI, ANTIDEPRESSIVI, BARBITURICI, SONNIFERI E/O ALTRI FARMACI PSICOTROPI (Fa uso di sostanze psicoattive?) - Se sì, INDICARE QUALI, in che periodo ed a quali dosaggi:	SÌ	NO
HA MAI AVUTO PROBLEMI RELATIVI AD ABUSO DI ALCOOLICI (ad esempio guida in stato di ebbrezza etc.) Se sì, SPECIFICARE quale tipo ed in che periodo:	SÌ	NO
SUSSISTONO PATOLOGIE A CARICO DELL'APPARATO URO-GENITALE: (ad esempio insufficienza renale grave etc.) Se sì Specificare quali e in che periodo:	SÌ	NO
SOFFRE DI EPILESSIA E/O HA MAI MANIFESTATO IN PASSATO CRISI EPILETTICHE O CONVULSIONI? Se sì, specificare data ultimo episodio (quando si è manifestata l'ultima) Se sì, SPECIFICARE la terapia seguita:	SÌ	NO
SOFFRE DI MALATTIE DEL SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI: Sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento (specificare)	SÌ	NO
SUSSISTONO PATOLOGIE A CARICO DELL'APPARATO OSTE-ARTICOLARE: gravi alterazioni anatomiche o funzionali (Se sì, specificare diagnosi):	SÌ	NO
SUSSISTONO PATOLOGIE A CARICO DEGLI ORGANI DI SENSO: gravi patologie visive e/o auditive evolutive (Se sì, specificare diagnosi)	SÌ	NO

Data _____

Il Candidato con la sua firma attesta di aver rilasciato dichiarazioni veritiere all'Associazione
Firma del volontario o di chi ne esercita la responsabilità genitoriale