



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

**DOMANDA DI AMMISSIONE A VOLONTARIO DI ASSOCIAZIONE**  
**PER MINORI DI ANNI 18**

Il/la sottoscritto/a

In qualità di

acconsento che mio figlio/a

Nome

Cognome

Nata/o a

il

Residente a

Via/le

Tel

Email

C.F.

**RIVOLGA DOMANDA**

**al Consiglio Direttivo per entrare a far parte del corpo dei volontari dell'Associazione dichiarando di condividerne le finalità impegnandosi a rispettarne le regole sancite dallo Statuto e dai regolamenti interni, nonché di osservare le disposizioni di Legge inerenti il Volontariato (D.L117/2017)**

**DICHIARA:**

**Attraverso autocertificazione (secondo L.R. 83/2019), di essere in possesso dei requisiti psico-fisici per l'espletamento dei servizi e di essere interessato all'ammissione nel**

- SETTORE SANITARIO DI EMERGENZA URGENZA 118**
- SERVIZI SOCIALI**
- PROTEZIONE CIVILE**
- 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 purché espressa per iscritto.

Borgo S. Lorenzo li.....

**Genitore**

**Firma**-----

**Minore**

**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](mailto:crs.presidenza@gmail.com)  
- [crs.amministrazione@gmail.com](mailto: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