



SCHEDA DI ADESIONE AL SERVIZIO VOLONTARIATO & VACANZA

DATI SEDE CROCE ROSSA ITALIANA

Comitato CRI di appartenenza Provinciale/ Locale: _____

Unità territoriale di appartenenza: _____

Indirizzo: via _____ n° _____ Prov. _____ CAP _____

Tel. _____ Fax _____ e-mail _____

DATI PERSONALI

Cognome: _____ Nome: _____ data di nascita: ___/___/___

Luogo di nascita: _____ Abitante a: _____

Prov. _____ in Via _____ n° _____

CAP _____ Tel. _____ Cel _____

e-mail _____@_____

PERIODO DISPONIBILITA': DAL ___/___/___ AL ___/___/___ (compresi)

PATENTE CRI: SI NO CATEGORIA _____

ABILITAZIONE ALL'USO DEL DAE: SI NO

ESPERIENZA 118: SI NO

ALTRI BREVETTI O QUALIFICHE: _____

Dichiaro di essere in possesso dell'abilitazione per svolgere servizio di emergenza/urgenza in ambulanza, di rispettare i servizi che mi saranno assegnati, nonché le disposizioni interne vigenti presso la sede territoriale di Sori. Mi impegno altresì a comunicare tempestivamente eventuali impedimenti nell'espletamento degli impegni presi.

Informativa ai sensi della legge n° 675 del 31/12/1996. In base a quanto disposto dalla normativa vigente sulla privacy la Croce Rossa Italiana – Comitato Locale di Sori garantisce la riservatezza dei dati da Lei comunicati. Gli stessi saranno usati esclusivamente per le attività operative dell'associazione.

DATA ___/___/___

Firma del Volontario _____

Il Presidente/Commissario del Comitato di appartenenza _____

LA SCHEDA DOVRA' PERVENIRE VIA FAX (0185.709042) O MAIL (cl.sori@cri.it)