



ANCRI ROMA ODV

Protezione Civile

Al Consiglio Direttivo “ANCRI ROMA ODV Protezione Civile”

MODULO DI ISCRIZIONE

Il sottoscritto/a Nato/a a il,
residente in prov. Via/P.zza nr.
Tel. Abitazione Tel. Ufficio Cell.
e-mail Codice fiscale
titolo di studio professione

RICHIEDE

a norma di quanto espressamente stabilito dallo Statuto e Regolamento interno, che accetta integralmente, di essere ammesso all'Associazione “ANCRI ROMA ODV Protezione Civile” in qualità di:

☐

**SOCIO
EFFETTIVO**

☐

**SOCIO
SOSTENITORE**

☐

**SOCIO
GIOVANE**

dichiarando sul proprio onore di essere in possesso dei diritti civili e di non aver riportato condanne penali.

Dichiaro altresì di essere disponibile per le seguenti attività:

☐

PROTEZIONE CIVILE

☐

ANTINCENDIO

☐

ALTRO _____

Allego alla presente:

- N. 1 foto formato tessera;
- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Data,

Firma del richiedente Firma del socio presentatore

In caso di dimissioni da ANCRI ROMA ODV PROTEZIONE CIVILE il sottoscritto..... dovrà attendere il periodo di 3 (tre) MESI, prima di iscriversi nuovamente ad altra OdV di Protezione Civile, previo non rilascio di liberatoria.

Data, Firma interessato.....

N.B.: la quota associativa – assicurazione obbligatoria (versata direttamente all'iscrizione) per ogni categoria di socio è decisa dal C.D.

(Socio Effettivo: € 40, Socio Giovane: € 20, Socio sostenitore € 10)

SCHEDA VOLONTARIO

Patente guida cat. Nr. Ril. da il

Condiz. lavorativa: _____ **Dipendente**, _____ **Pensionato**, _____ **Studente**, _____ **Autonomo**, _____ **Altro**

Ente / Azienda: indirizzo

Città prov. Tel. e-mail

Iscritto ad altra associazione: _____ **SI** _____ **NO** Denominazione:

Carica ricoperta:

Tipo e tempo di reperibilità del volontario in caso di attivazione:

Reperibilità H24 _____ **SI** _____ **NO**

Ambito operativo: _____ **Locale** _____ **Regionale** _____ **Nazionale**

Tempo di attivazione per emergenze: _____ - **1 ora** _____ **1 – 6 ore** _____ **6 – 12 ore** _____ + **12 ore**

Attivazione sotto richiesta di Art. 39 D. Lgs. 1/2018 (rimborso datore di lavoro) _____ **SI** _____ **NO**

Ulteriori info (allergie a farmaci, alimentari e ulteriori notizie che servano alla gestione del volontario in emergenza)

.....
.....
.....

N o t e:
.....
.....
.....

Data,

Firma socio

SPECIALIZZAZIONI POSSEDUTE

(contrassegnare con una **X** la specializzazione, quelle non riportate possono essere aggiunte nei campi vuoti)

MEDICI

	Chirurgo			Anestetista			Traumatologico
	Generico			Igienista			Ginecologo
	Pediatra			Psichiatra			Veterinario
	Oncologo						

ALTRO PERSONALE SANITARIO

	Infermiere			Ostetrica			Tecnico radiologo
	Tecnico laborat. Analisi			Autista soccorritore			Soccorritore certificato

CONDUCENTI

	Patente nautica oltre 12 miglia			Patente nautica entro 12 miglia			Patente muletto
	Patente Movimento terra			Attestato Volo ultraleggero			Attestato Volo SAPR

OPERATORI TECNICI

	Falegname			Magazziniere			Aiuto Cuoco (HACCP)
	Elettricista			Idraulico			Segreteria
	Muratore			Meccanico			Necroforo
	Carpentiere			Cuoco (HACCP)			Guardia Ecologica

OPERATORI SOCIALI

	Insegnante asilo nido/materna			Psicologo			Counselor
	Insegnante scuola elementare			Sociologo			Assistente sociale
	Insegnante scuola media			Psicoterapista			Educatore professionale

SPECIALISTI

	Alpinisti			Vigili del Fuoco			Conduttori Cani
	Logistici			Fuoristradisti			Archeologo
	Sommozzatori o Sub (specificare)			Speleologi			Brevetto di salvamento
	Radioamatore CB			Abilitazione A I B			Abilitazione Alto Rischio

TECNICI PROFESSIONALI

	Ingegneri			Geologi			Architetti
	Geometri			Informatici			Giornalista

OPERATORI PUBBLICI

	Funzionario Direttivo			Istruttore Direttivo			Istruttore Economico
	Istruttore Amministrativo			Ragioniere Com.			Responsabile Settore
	Coadiutore			Collaboratore			

L I N G U A

	OTTIMO	BUONO	DISCRETO	SUFF.	SCOLAST.
Inglese					
Spagnolo					
Francese					

(contrassegnare con una **X** la specializzazione, quelle non riportate possono essere aggiunte nei campi vuoti)

CORSI DI PROTEZIONE CIVILE CONSEGUITI

(contrassegnare con una **X** la specializzazione, quelle non riportate possono essere aggiunte nei campi vuoti)

	CORSO	CONSEGUITO PRESSO	DATA CONSEGUIM.	NR. DIPLOMA o ATTESTATO
	P.C. BASE			
	D. LGS. 81/08			
	RISCHIO IDROGEOLOGICO / IDRAUL.			
	RISCHIO SISMICO			
	ANTINCENDIO BOSCHIVO (AIB)			
	AVVISTAMENTO AIB			
	COORDINATORE			
	CAPO SQUADRA			
	PRIMO SOCCORSO			
	BLS – D			
	PBLS – D			
	OPERATORE RADIO DI P.C.			
	OPERATORE DI SALA RADIO IN ATTIVITA' DI P.C.			
	GUIDA FUORISTRADISTA			
	MACCHINA IDRAULICHE / ELETTR.			
	CUCINA (HACCP)			
	ANIMATORE			
	CARTOGRAFIA			
	SPELEO RICERCA (NSR)			
	AUTOPROTEZIONE IN AMBIENTI ACQUATICI (ATP)			
	LOGISTICA			
	SUBACQUEO			
	RICERCA PERSONE DISPERSE O SCOMPARE			
	OPERATORE ADDETTO CARRELLI ELEVATORI			
	OPERATORE ADDETTO GUIDA MEZZI MOVIMENTO TERRA			
	OPERATORE ADDETTO UTILIZZO MOTOSEGA			

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il sottoscritto/a nato/a a il
residente in Via/P.zza n.
codice fiscale,

consapevole che in caso di falsa dichiarazione verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale, che comporta inoltre la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- **di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;**
- **di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;**
- **di essere in possesso di perfetta idoneità psico-fisica;**
- **di essere privo di qualsivoglia impedimento che possa ostacolare lo svolgimento delle mansioni assegnate o da impedirgli il pieno adempimento dei suoi doveri.**

Data, Firma Socio:

LA FIRMA NON DEVE ESSERE AUTENTICATA (art. 2 legge 04.01.1986 n. 15, art. 3 comma 10 legge 15/05/1997 n. 127)

LIBERATORIA PER UTILIZZO DI IMMAGINI

Il / La sottoscritto / a, nato / a il
residente, Via/P.zza, C.F.
in qualità di Socio effettivo della suddetta Associazione, con la presente

AUTORIZZA

la pubblicazione delle proprie immagini sulla pagina/gruppo Associativa/o Facebook e sul sito web della "ANCRI ROMA ODV Protezione Civile", in riferimento alle attività di Protezione Civile.

Ne vieta altresì l'uso in contesti che ne pregiudicano la propria dignità personale ed il decoro e comunque per uso e/o fini diversi da quelli sopra indicati.

Il sottoscritto conferma di non aver nulla a pretendere in ragione a quanto sopra indicato e di rinunciare irrevocabilmente ad ogni diritto, azione o pretesa derivante da quanto sopra autorizzato.

Data, L'interessato/a