



CROCE ROSSA ITALIANA
COMITATO LOCALE DI TIVOLI
Gruppo Volontari del Soccorso di **Zagarolo**

Il sottoscritto.....nato a prov
il..... Residente a prov.di
Via/piazza n Captel
Cell doc. riconoscimento.....n.....
Rilasciato il dalC.F.
Gruppo sanguigno.....

Preso visione dello Statuto della Croce Rossa, del Regolamento Nazionale dei Volontari del Soccorso CRI e di quello del Gruppo VdS, ed accettatili integralmente.

CHIEDE

Di entrare a far parte dei Volontari del Soccorso della CRI, Gruppo di **Zagarolo**
A tal fine e sotto la propria responsabilità dichiara:

Di essere / non essere cittadino Italiano
Di avere / non avere riportato condanne penali
Di avere / non avere a tutt'oggi precedenti penali a su carico
.....
Di essere iscritto presso altre associazioni.....
Di essere in possesso del seguente titolo di studio.....
Di avere attualmente i seguenti studi in corso.....
Di conoscere le seguenti lingue estere.....
Di aderire immediatamente alla CRI in qualità di Socio Temporaneo
Di essere a conoscenza che la propria iscrizione ai Volontari del Soccorso della CRI è subordinata alla presenza dell'apposito corso di qualificazione ed il superamento del relativo esame finale e periodo di tirocinio.
Di restituire, dietro richiesta dell'Ispettore di Gruppo, tutti i documenti ed il materiale che saranno concessi in uso temporaneo dalla CRI.
Di impegnarsi a comunicare all'Ispettore del Gruppo di appartenenza ogni variazione relativa alle notizie fornite nel presente modulo
Che ogni eventuale comunicazione dovrà essergli inviata al seguente indirizzo (se diverso da sopra).
.....
a tutti gli effetti di legge, impegnandosi sotto la propria responsabilità a comunicare ogni eventuale cambio d'indirizzo.

Data.....

firma.....



CROCE ROSSA ITALIANA

ISPETTORATO NAZIONALE VOLONTARI DEL SOCCORSO

GRUPPO VV.d.S. di _____

INFORMATIVA E RICHIESTA DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Legge 31.12.1996 n.675)

Ai sensi dell'articolo 10 della Legge 675/96, recante disposizioni a "tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali", si informa che i dati che Vi riguardano da Voi forniti formeranno oggetto di trattamento, nel rispetto della normativa sopra richiamata, per provvedere agli adempimenti connessi all'attività e ai fini istituzionali della Croce Rossa Italiana ed in particolare:

- per dare esecuzione alle finalità gestionali, formative, socio - assistenziali e sanitarie dell'Associazione;
- per dare esecuzione presso ogni Ente pubblico o privato agli adempimenti connessi al rapporto intercorrente;
- in forma anonima, per effettuare statistiche e ricerche mirate allo sviluppo dell'attività dell'Associazione.

Il trattamento dei dati avverrà mediante strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza, e potrà essere effettuato mediante strumenti automatizzati anche gestiti da terzi, atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi.

I dati a Voi riferibili potranno essere comunicati:

- a soggetti esterni che svolgono specifici incarichi per conto della nostra Associazione, nell'ambito dell'attività esercitata e dei sottostanti adempimenti;
- a soggetti pubblici e privati con cui la Croce Rossa Italiana intrattiene rapporti di servizio o di collaborazione;
- nei casi previsti dalla Legge.

In relazione ai predetti trattamenti potrete esercitare tutti i diritti di cui all'articolo 13 della Legge 675/96 tra cui in particolare, il diritto di conoscere i Vostrì dati personali registrati, ottenerne la cancellazione, l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione, opporVi a trattamenti di dati illegittimi o effettuati per fini di informazione e comunicazione commerciale.

Il responsabile del trattamento dei dati è l'Ispettore pro-tempore ai vari livelli.

Ulteriori informazioni potranno essere direttamente richieste all'Ufficio Amministrativo dell'Unità C.R.I. o alla Segreteria dell'Ispettorato V.d.S..

L'Ispettore V.d.S.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI AI SENSI E PER GLI EFFETTI DELLA LEGGE 31 DICEMBRE 1996, N.675

Io Sottoscritto _____ nato a _____
() il ____/____/____ Residente a _____
Prov. () in Via/Piazza _____ n. _____.

Esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali per le finalità sopra indicate, ai sensi della Legge n.675/96.

Luogo e data _____ Firma _____



CROCE ROSSA ITALIANA
ISPETTORATO NAZIONALE VOLONTARI DEL SOCCORSO

GRUPPO VV.d.S. di _____

SCHEDA ANAGRAFICA VDS

Gruppo V.d.S. di 1 _____

Cognome _____ Nome _____

Sesso M F 2 Comune di residenza _____ Provincia 3 _____

CAP _____ Indirizzo di residenza _____

1° Tel. _____ 2° Tel. _____ Cod. Fisc. _____

nato/a a _____ Provincia 3 _____ Nazione 3 _____

il ___/___/___ Patente Civile n° _____ Categoria _____ rilasciata il ___/___/___

scadrà il ___/___/___ rilasciata da _____

Gruppo Sangue 4 _____ RH 4 _____ data ultima visita medica 4 _____

Titolo di studio _____

Professione _____

Comune di domicilio 5 _____ Provincia _____ C.A.P. 5 _____

Indirizzo 5 _____

data 6 _____ *Firma del nuovo iscritto* _____

1. da trasmettere al Comitato Provinciale/Locale
2. barrare



CROCE ROSSA ITALIANA
ISPETTORATO NAZIONALE VOLONTARI DEL SOCCORSO
COMITATO PROVINCIALE/LOCALE di TIVOLI
GRUPPO VV.d.S. di _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(ART. 47 DPR 28.12.2000, n. 445)

DA PRESENTARE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE
O AI GESTORI DI PUBBLICI SERVIZI

Il sottoscritto _____ nato a _____
_____ il _____ residente a _____
_____ Prov. _____ di _____ Via _____
_____ n. _____ CAP _____ Tel. _____
_____ Documento di identità _____ n. _____
_____ rilasciato il _____ da _____

preso visione dello Statuto della Croce Rossa Italiana, del Regolamento Unico Componenti Volontaristiche CRI - OC 362/05 del 01/07/2005 ed accettati integralmente:

CHIEDE

di entrare a far parte dei Volontari del Soccorso della CRI, Gruppo di _____ e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione e uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

(cancellare la voce che non interessa)

di essere/di non essere Cittadino Italiano (indicare eventuale altra cittadinanza)
_____;

di avere/non avere riportato condanne penali con sentenza passata in giudicato per uno dei reati comportanti la destituzione dei pubblici uffici, in Italia e in (Stato di cui è "cittadino" l'Aspirante V.d.S.)
_____;

di avere / di non avere a tutt'oggi procedimenti penali a suo carico in corso in Italia e in (Stato di cui è "cittadino" l'Aspirante V.d.S.) _____;

- di esibire il permesso di soggiorno in corso di validità (solo per cittadini extra UE);
- di non essere mai stato radiato dalla Croce Rossa Italiana;

- di essere iscritto presso le seguenti altre associazioni:

- di avere attualmente i seguenti studi in corso

- di conoscere le seguenti lingue estere: _____ (correttamente)
 _____ (scolasticamente);

- di essere Socio dell'Associazione;

- di essere in possesso di _____ (Laurea Scienze Infermieristiche, Medicina con specializzazione in _____ ecc. - la validità di titoli conseguiti all'estero è subordinata al riconoscimento dello Stato italiano)

- di essere a conoscenza che la propria iscrizione ai Volontari del Soccorso della CRI è subordinata alla frequenza di apposito corso formativo / informativo ed al superamento del relativo esame finale;

- di restituire, dietro richiesta dell'Ispettore del Gruppo, tutti i documenti ed il materiale che gli saranno concessi in uso temporaneo dalla C.R.I.;

- di impegnarsi a comunicare alla segreteria del Gruppo di appartenenza ogni variazione relativa alle notizie fornite nel presente modulo;

- che ogni eventuale comunicazione dovrà essergli inviata al seguente indirizzo: _____

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 della legge 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma _____



CROCE ROSSA ITALIANA
ISPETTORATO NAZIONALE VOLONTARI DEL SOCCORSO

GRUPPO VV.d.S. di _____

SCHEMA SANITARIA

Cognome: _____ Nome: _____

Luogo di nascita: _____ () data di nascita: ____ / ____ / ____

Residente a: _____ Via/Piazza _____ n. _____

Provincia di _____ tel. 1 _____ tel. 2 _____

Professione _____ Titolo di studio _____

Si allegano a questa scheda sanitaria: _____

Gruppo sanguigno _____ Fattore Rh _____

Vaccinazioni effettuate:

Antitifica: data ____ / ____ / ____ data ____ / ____ / ____ data ____ / ____ / ____

Paratifica: data ____ / ____ / ____ data ____ / ____ / ____ data ____ / ____ / ____

Antitetanica: data ____ / ____ / ____ data ____ / ____ / ____ data ____ / ____ / ____

Anti Epatite B data ____ / ____ / ____ data ____ / ____ / ____ data ____ / ____ / ____

Antitubercolare con Tine Test: positivo negativo

Altre vaccinazioni:

Allergie o intolleranze a farmaci:

Anamnesi familiare

Padre Vivente: anni _____ Patologie _____

Deceduto: anni _____ Causale _____

Madre Vivente: anni _____ Patologie _____
 Deceduta: anni _____ Causale _____

Fratelli/Sorelle: _____

Anamnesi fisiologica

Parto: Eutocico Distocico Gemellare Mesi _____

Malattie dell'infanzia: _____

Servizio militare: Idoneo Non idoneo Motivo _____
 Assolto Arma _____

Età menarca _____ Età menopausa _____ n. gravidanze a termine _____ n. aborti _____

Causale: _____

Fumatore/trice: Si No n. sigarette/die: _____ Pipa Sigari

Alcolici: Modesto Forte Astemio

Celibe/Nubile Coniugato/a Figli n. _____

Anamnesi patologica remota

Anamnesi patologica prossima

Esame obiettivo

Note somatiche: _____

Altezza cm _____ Peso Kg _____

Cute e annessi: _____

Capo: _____

Collo: _____

Torace: _____

App. respiratorio: _____

App. cardiocircolatorio: _____

App. linfoghiandolare: _____

P.A. Min. _____ Max _____

Addome: _____

Milza: _____

Fegato e cistifellea: _____

App. urogenitale: _____

App. locomotore: _____

Sistema nervoso e psiche: _____

Organi di senso: _____

Giudizio globale sull'idoneità del Volontario a prestare servizio nella C.R.I. di

IDONEO (*) _____

IDONEO, ma con esclusione del servizio di: _____

BARELLIERE, per _____

AUTISTA, per _____

NON IDONEO AI SERVIZI RICHIESTI DALLA C.R.I., per _____

(*) A tutti i Servizi C.R.I. (specificare per esteso).

Data ____ / ____ / ____

Il Medico _____