Associazione Volontari Protezione Civile Molinella

REGIONE EMILIA ROMAGNA

COMUNE DI MOLINELLA (BO)

ALBO VOLONTARIATO PER LA PROTEZIONE CIVILE
(L.R. 2 luglio 1983, n. 26)

SCHEDA REGISTRAZIONE INDIVIDUALE

Cognome e Nome **Sesso: (M) (F)**

Luogo di nascita **Provincia** ( ) **Data**: ...../...../

Abitante: Città **Via** **N.**

Provincia ( ) **C.A.P.** |...|...|...|...|...| **Tel / Fax** **Cellulare**

Professione **Titolo di studio**

Specializzazioni

Codice Fiscale |...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...| **Patenti**: (A) (B) (C) (D) (E) (F) (Nautica)
altre (aerea, ecc.)

Indirizzo E-Mail (facoltativo):

Documento: **N.**

Disponibilità: totale |__| **parziale** |__| **Precettazione preferenziale**:

Latenza di disponibilità: distanza km **tempo di tragitto**

Preavviso necessario all'intervento: 24h |__| **da 2 a 5h** |__| **meno di 2h** |__| **meno di 1h** |__|

Mezzi di trasporto a disposizione: **Eventuali?**

Luogo e datore di lavoro, e/o libero professionista, pensionato, ecc.

Indirizzo via **N.**

Città **Prov. ( ) Tel.** **Fax**

Necessita di giustificazione in caso di intervento? |_sì_| |_no_|

Recapito di familiari per eventuali comunicazioni

Città **Prov. ( ) C.A.P.** |_____| **Via** **Tel.**

Sport praticati: sub |__| **nuoto** |__| **canoa** |__| **motocross** |__| **paracadutismo** |__| **altri**

Ente di appartenenza **Associazione di appartenenza**

Disponibilità di intervento nell'ambito: Comunale |__| **Provinciale** |__| **Regionale** |__| **Nazionale** |__|

Precedenti esperienze di volontariato e quali mansioni ed eventi:

SCHEDA SANITARIA

Gruppo sanguigno |_____| **Donatore** | sì | | no |

Antigene AU | positivo | | negativo | **V.D.R.L.** | positivo | | negativo |

H.T.V.L. | positivo | | negativo | **Altri eventuali:**

ESAMI DI LABORATORIO

1. **2.** **3.**

4. **5.** **6.**

VACCINAZIONI

		data di scadenza		data di scadenza
Antitifica:		____/____/_____	**Antitetanica:**	____/____/_____
RX Torace	data	____/____/_____	**E.C.G.**	____/____/_____

Altre eventuali:

ALLERGIE:

FIRMA leggibile:

IL PRESENTE MODULO DEVE ESSERE COMPILATO IN OGNI SUA PARTE IN STAMPATELLO E CONSEGNATO ALLA SEGRETERIA CON N. 3 FOTOGRAFIE E LA QUOTA ASSOCIATIVA ANNUA

PER ACCETTAZIONE

Il Presidente A.V.P.C.M.

.....

Il Segretario .....

NUMERO DI TESSERA ASSEGNATO

|___|___|___|___|___|

Data di accettazione C.D. _____ / _____ / _____