



Amministrazione destinataria
Comune di Avezzano

Ufficio destinatario

Richiesta di iscrizione al gruppo comunale dei volontari di protezione civile

| Il sottoscritto | | | | | |
|-----------------|--------------------|-----------------------------|-----------|-------------------------------|-----|
| Cognome | | Nome | | Codice Fiscale | |
| | | | | | |
| Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita | | Cittadinanza | |
| | | | | | |
| Residenza | | | | | |
| Provincia | Comune | | Indirizzo | Civico | CAP |
| | | | | | |
| Telefono fisso | Telefono cellulare | Posta elettronica ordinaria | | Posta elettronica certificata | |
| | | | | | |

CHIEDE

di essere iscritto al gruppo comunale dei volontari di protezione civile, con la seguente possibilità di raggiungimento della sede operativa di coordinamento in caso di stato di emergenza

| <input checked="" type="checkbox"/> da casa | |
|---|----------|
| Dalle ore | Alle ore |
| | |
| Nei giorni | |
| | |
| Tempo di raggiungimento | |
| | |
| Località di provenienza | |
| | |

| <input type="checkbox"/> dalla sede lavorativa | |
|--|----------|
| Dalle ore | Alle ore |
| | |
| Nei giorni | |
| | |
| Tempo di raggiungimento | |
| | |
| Località di provenienza | |
| | |

| <input type="checkbox"/> da altra sede (specificare) | |
|--|----------|
| Dalle ore | Alle ore |
| | |
| Nei giorni | |
| | |
| Tempo di raggiungimento | |
| | |
| Località di provenienza | |
| | |

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- di voler prestare la propria opera in modo volontario e gratuito
- di non avere malattie o handicap che possano pregiudicare la propria incolumità nello svolgimento dell'attività di protezione civile, e a titolo di conferma produce in allegato apposito documento di idoneità psico-fisica rilasciato dal medico curante
- di sottoporsi alle verifiche periodiche previste dal Decreto Legislativo 09/04/2008, n. 81 e alle eventuali vaccinazioni con i periodici richiami che verranno prescritte
- di non aver avuto e di non avere in corso condanne e/o procedimenti penali incidenti negativamente nelle relazioni con la Pubblica Amministrazione o potenzialmente lesivi dell'immagine della Pubblica Amministrazione
- di non avere in corso procedimenti penali e di non aver subito condanne penali che impediscano lo svolgimento di un pubblico servizio così come previsto dall'articolo 358 del Codice Penale
- di essere operativo a favore della sola organizzazione di protezione civile sopracitata, come previsto dall'articolo 6, comma 1 del Regolamento Regionale 18/10/2010, n. 9
- di aver preso visione del Regolamento comunale e di accettarlo integralmente senza riserve
- di essere disposto a frequentare i corsi di preparazione e di aggiornamento professionale
- di aver preso visione degli estremi della polizza assicurativa predisposta dal Comune
- di essere stato informato dal coordinatore durante il colloquio preliminare sulle attività del gruppo
- di dare la sua disponibilità ad operare nel gruppo di protezione civile:
 - presenziando alle riunioni settimanali di gruppo
 - partecipando alle sessioni di addestramento, alle esercitazioni pratiche e agli interventi sul territorio, purchè non in contrasto con attività lavorative o seri impedimenti
 - sviluppando i programmi e gli obiettivi concordati con puntualità e professionalità
 - cooperando con tutti i componenti del gruppo nel perseguire gli obiettivi della protezione civile
- di comunicare ogni eventuale cambio della residenza o del luogo o modalità di reperibilità
- di essere disponibile ad eventuali interventi, su semplice richiesta telefonica, ad ogni ora del giorno e delle notte
- in caso il sottoscrittore sia di sesso femminile, di informare tempestivamente il medico competente dell'eventuale stato di gravidanza
- di avere gruppo sanguineo

| | |
|------|----|
| Tipo | RH |
| | |

- di essersi sottoposto alle seguenti vaccinazioni con i periodici richiami

| Tipologia | Data |
|---|------|
| <input type="checkbox"/> antitetanica (obbligatoria) | |
| <input type="checkbox"/> antiepatite A (consigliata) | |
| <input type="checkbox"/> antiepatite B (consigliata) | |
| <input type="checkbox"/> antitifica (consigliata) | |
| <input type="checkbox"/> paratifica (consigliata) | |
| <input type="checkbox"/> altra vaccinazione (specificare) | |
| <input type="checkbox"/> altra vaccinazione (specificare) | |
| <input type="checkbox"/> altra vaccinazione (specificare) | |

- di non avere allergie o intolleranze alimentari
- di avere allergie o intolleranze alimentari indicate nel certificato medico allegato
- di essere in possesso del seguente titolo di studio

| Titolo di studio | Istituto presso il quale è stato conseguito | Anno conseguimento |
|------------------|---|--------------------|
| | | |

- di essere in possesso della patente di guida

| Categoria | Numero | Data | Ente di riferimento |
|-----------|--------|------|---------------------|
| | | | |

- di svolgere la propria attività lavorativa presso

| Denominazione/Ragione sociale | Tipologia |
|-------------------------------|-----------|
| | |

| Sede operativa | | | | |
|----------------|--------|-----------|--------|-----|
| Provincia | Comune | Indirizzo | Civico | CAP |
| | | | | |
| Telefono | | Fax | | |
| | | | | |

di essere in possesso delle seguenti esperienze professionali

| Esperienza professionale | Durata esperienza |
|--------------------------|-------------------|
| | |
| | |
| | |

di essere in possesso delle seguenti specializzazioni e/o attitudini, anche non professionali

| Specializzazioni e/o attitudini |
|---------------------------------|
| |
| |
| |

di conoscere le seguenti lingue estere

| Lingua estera | Livello di conoscenza |
|---------------|-----------------------|
| | |
| | |
| | |

AUTORIZZA

il trattamento dei dati personali forniti ai fini dell'inserimento degli stessi nei database istituzionali di Protezione Civile

| Eventuali annotazioni |
|-----------------------|
| |

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

| | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | copia del certificato medico per allergie o intolleranze alimentari <i>(da allegare solo se il richiedente ha allergie o intolleranze alimentari oppure è allergico o intollerante ad alimenti)</i> |
| <input type="checkbox"/> | copia del certificato relativo alle vaccinazioni eseguite |
| <input checked="" type="checkbox"/> | copia del documento di idoneità psico-fisica rilasciato dal medico curante |
| <input type="checkbox"/> | copia del permesso di soggiorno <i>(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)</i> |
| <input type="checkbox"/> | copia del documento d'identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i> |
| <input type="checkbox"/> | altri allegati (specificare) |

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione dell'istanza. |
|--------------------------|---|

Avezzano

Luogo

Data

Il dichiarante