



## CITTA' DI CIVITAVECCHIA

Città Metropolitana di Roma Capitale

### GRUPPO COMUNALE VOLONTARI DI PROTEZIONE CIVILE

### DOMANDA DI AMMISSIONE

(N.B. DA COMPILARE IN STAMPATELLO IN FORMA CHIARA E LEGGIBILE IN TUTTE LE SUE PARTI)

Il/La Sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_, Indirizzo \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

n° Cell./tel. Fisso \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Email. \_\_\_\_\_

Sesso \_\_\_\_\_ ASL di appartenenza \_\_\_\_\_

#### DOMICILIO - DA COMPILARE SOLO SE DIVERSO DALLA RESIDENZA

Domiciliato in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

n° cell./tel.Fisso \_\_\_\_\_

#### FAMILIARI PER EVENTUALI COMUNICAZIONI

Rapporto di parentela \_\_\_\_\_ Cognome e Nome \_\_\_\_\_

n° cell./tel.Fisso \_\_\_\_\_

#### DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO

Tipo \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Emesso da \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

#### PATENTE DI GUIDA

Categoria \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Rilasciata da \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

#### DATI SOMATICI

Altezza in cm \_\_\_\_\_ colore occhi \_\_\_\_\_ colore capelli \_\_\_\_\_

GRUPPO SANGUIGNO \_\_\_\_\_

**DATI PER LA VESTIZIONE**

(La taglia deve essere espressa nella unità di misura ovvero sia in S/M/L/XL ecc., o con 40/42/44/ ecc.)

Pantalone \_\_\_\_\_ Polo \_\_\_\_\_ Piumino sagomato sotto giacca \_\_\_\_\_  
Calzature \_\_\_\_\_ Guanti (n° 8 – 9 – 10) \_\_\_\_\_ Giacca HV 3/4 \_\_\_\_\_  
Giubbino \_\_\_\_\_

**DATI GENERALI**

Titolo di studio \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

Lingue conosciute e livello conoscenza \_\_\_\_\_

Hobbies

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Brevetti

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Porto d'armi (specificare tipo) \_\_\_\_\_

Corsi speciali \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sport praticati (specificare il livello)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Precedenti esperienze di volontariato (specificare Associazione, mansione ed evento)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ALLERGIE/PATOLOGIE - (in mancanza di allergie/patologie scrivere NO)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Avendo preso visione del Regolamento e accettandone il contenuto, chiede di far parte del Gruppo medesimo in qualità di volontario.

Il/La sottoscritt\_\_ consapevole delle responsabilità civili e penali in caso di dichiarazioni mendaci, **dichiara sotto la propria responsabilità di sottoscrivere quanto su dichiarato.**

Civitavecchia, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

**DOCUMENTI NECESSARI PER L'AMMISSIONE (DOPO AVERE EFFETTUATO IL COLLOQUIO SU APPUNTAMENTO)**

❖ **FOTOCOPIA:**

- **DOCUMENTO D'IDENTITA'**
- **TESSERA SANITARIA**
- **LIBRETTO VACCINAZIONI**
- **PATENTE DI GUIDA**
- **ATTESTATI E/O BREVETTI - SPECIALIZZAZIONI**

❖ **N. 1 FOTO A COLORI FORMATO TESSERA**

❖ **CERTIFICATO DEL MEDICO DI BASE, COME DA MODELLO, CHE ATTESTI LA SANA E ROBUSTA COSTITUZIONE PER L'ATTIVITA' DI PROTEZIONE CIVILE, (IN SOSTITUZIONE, PER IL PERSONALE DELLE FF.AA. E ORGANI DI POLIZIA, ATTESTATO DI SERVIZIO).**

❖ **AUTOCERTIFICAZIONE DI RESIDENZA**

❖ **AUTOCERTIFICAZIONE DI ASSENZA DI CONDANNE PENALI**

❖ **DICHIARAZIONE DI RISERVATEZZA**

❖ **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI REGOLAMENTO (UE) 2016/679**

=====

Il/I Reclutatore/i \_\_\_\_\_

Parere/i Reclutatore/i \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Parere del Coordinatore \_\_\_\_\_

IL COORDINATORE DEL GRUPPO

\_\_\_\_\_

**N° Tessera \_\_\_\_\_ rilasciata in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_**