



## CITTA' DI CIVITAVECCHIA

Città Metropolitana di Roma Capitale

## GRUPPO COMUNALE VOLONTARI DI PROTEZIONE CIVILE <u>DOMANDA DI AMMISSIONE</u>

Il/La Sottoscritt	nat a
	Prov
C.A.P, Indirizzo	n°
n° Cell./tel.Fisso	
	Email
Sesso	ASL di appartenenza
DOMICILIO - DA COMPILA	ARE SOLO SE DIVERSO DALLA RESIDENZA
Domiciliato in	Prov C.A.P
C.A.P, Indirizzo	n°
n° cell./tel.Fisso	
FAMILIARI PER	R EVENTUALI COMUNICAZIONI
Rapporto di parentela	R EVENTUALI COMUNICAZIONI Cognome e Nome
Rapporto di parentelan° cell./tel.Fisso	Cognome e Nome
Rapporto di parentelan° cell./tel.Fisso  DOCUMEN	Cognome e Nome
Rapporto di parentela  n° cell./tel.Fisso  DOCUMEN  Tipo	Cognome e Nome  NTO DI RICONOSCIMENTO
Rapporto di parentela  n° cell./tel.Fisso  DOCUMEN  Tipo  Emesso da	Cognome e Nome  NTO DI RICONOSCIMENTO
Rapporto di parentela  n° cell./tel.Fisso  DOCUMEN  Tipo  Emesso da	Cognome e Nome  NTO DI RICONOSCIMENTO  n°  Data /  ATENTE DI GUIDA
Rapporto di parentela	Cognome e Nome  NTO DI RICONOSCIMENTO  n°  Data /  ATENTE DI GUIDA
Rapporto di parentela	Cognome e Nome  NTO DI RICONOSCIMENTO  n°  Data /  ATENTE DI GUIDA

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.)

Pantaloni	_ Polo	Pile	Calzature
Guanti $(n^{\circ} 8 - 9 - 10)$		Giacca a vento	Copricapo
Titolo di studio		DATI GENERALI	
		Hobbies	
		Brevetti	
Porto d'armi (specificare	tipo)		
Corsi speciali			
	Spoi	rt praticati (specificare il liv	vello)
Precedenti esperi	enze di volo	ontariato (specificare Assoc	ciazione, mansione ed evento)
ALLERGIE/P	ATOLOGI	IE - (in mancanza di aller	gie/patologie scrivere NO)

•	responsabilità civili e penali in caso di dichiarazioni mendaci,
dichiara sotto la propria responsabi	ilità di sottoscrive quanto su dichiarato.
Civitavecchia,//	Firma del richiedente
TRATTAMENTO D	OATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI
Civitavecchia, consapevole della necessità di 196/03 e successivi aggiornamenti, dichiaro di do il co al trattamento dei miei dati personali sia com con il succitato Gruppo, per le finalità istituz	tituzionale svolta dal Gruppo Comunale Volontari di Protezione Civile di del trattamento dei miei dati personali ai sensi e per gli effetti del D.L. di aver preso visione dell'informativa e pertanto:  onsenso nego il consenso, nuni che sensibili, che mi riguardano, in funzione al rapporto intercorrente tionali e accessorie all'attività svolta e alla comunicazione degli stessi alle
categorie di soggetti che per loro competenze assicurativi, nonché trattarli per i fini obbligat	e e rapporti con il Gruppo devono gestirli ai fini di archiviazione, contabili, tori di legge.
Civitavecchia,//	Firma del richiedente
ROBUSTA COSTITUZIONE <u>PE</u> PER IL PERSONALE DELLE FF	IONI ETTI
Il Reclutatore	Parere Reclutatore
Parere del Coordinatore	IL COORDINATORE DEL GRUPPO
N° Tessera	rilasciata in data / /