

|   |  |
|---|--|
|  | <p><b>Amministrazione destinataria</b></p><br><p><b>Ufficio destinataria</b></p> |
|---|--|

## 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         | Barrato                       | Interno | Scala | Piano | SNC <input type="checkbox"/> | CAP |
| Telefono cellulare | Telefono fisso |        | Posta elettronica ordinaria |                | Posta elettronica certificata |         |       |       |                              |     |

**domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento**

*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

**Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica**

### 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

**da casa**

|                         |          |
|-------------------------|----------|
| Dalle ore               | Alle ore |
| Nei giorni              |          |
| Tempo di raggiungimento |          |
| Località di provenienza |          |

**dalla sede lavorativa**

|                         |          |
|-------------------------|----------|
| Dalle ore               | Alle ore |
| Nei giorni              |          |
| Tempo di raggiungimento |          |
| Località di provenienza |          |

**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 condizione di disabilità 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 ( <i>obbligatoria</i> )      |  |      |
| <input type="checkbox"/> antiepatite A ( <i>consigliata</i> )      |  |      |
| <input type="checkbox"/> antiepatite B ( <i>consigliata</i> )      |  |      |
| <input type="checkbox"/> antitifica ( <i>consigliata</i> )         |  |      |
| <input type="checkbox"/> paratifica ( <i>consigliata</i> )         |  |      |
| <input type="checkbox"/> altra vaccinazione ( <i>specificare</i> ) |  |      |
| <input type="checkbox"/> altra vaccinazione ( <i>specificare</i> ) |  |      |
| <input type="checkbox"/> altra vaccinazione ( <i>specificare</i> ) |  |      |

- 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 | Barrato | Interno | Scala | Piano | SNC                      | CAP |
|                               |        |           |        |         |         |       |       | <input type="checkbox"/> |     |
| 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 (numero massimo di caratteri: 800)

### Elenco degli allegati

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

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

### 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)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Luogo

Data

il dichiarante