

Il sottoscritto

Amministrazione destinataria

Comune di Montanaso Lombardo

Ufficio destinatario

Ufficio Protocollo

Richiesta di iscrizione al gruppo comunale dei volontari di protezione civile

| Cognome | | Nome | | Codice Fiscale | | | |
|------------------------------------|-----------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|-----------------|------------|--------------|
| | | | | | | | |
| Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita | | Cittadinanza | | | |
| | | | | | | | |
| Residenza | | | | | | | |
| Provincia Comune | Indirizzo | | Civico Barrato | Interno Scala | Piano | SNC | CAP |
| | | | | | | | |
| Telefono cellulare Tele | fono fisso | Posta elettronica ordina | ıria | Posta elettronica co | ertificata | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| domiciliazione delle co | municazioni re | lative al procedime | nto | | | | |
| (articolo 3-bis, comma 4-quinquies | | | | | | | |
| Il sottoscritto chiede che le comu | | | ll'Amministrazione vengano in | viate al seguente indiri | zzo di posta el | ettronica | |
| | | | | | | | |
| | | | | 7/ | | | |
| | | | CHIEDE | _ | | | |
| di essere iscritto al gru | חחט בטשווששלם י | | | eguente noccibil | ità di ragg | iungim | nento della |
| sede operativa di coord | | | A | eguerite possibil | ita ui Tagg | idi igii i | וכוונט טפוומ |
| scue operativa di coord | mamento in cas | so ai stato di efficigi | CITZU | | | | |
| | | | | | | | |
| ✓ da casa | | | | | | | 4 |
| Dalle ore | | | Alle ore | | | | |
| | | | | | | | |
| Nei giorni | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Tempo di raggiungimento | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Località di provenienza | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| dalla sede lavorati | va | | | | | | |
| Dalle ore | | | Alle ore | | | | |
| | | | | | | | |
| Nei giorni | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Tempo di raggiungimento | | | | | | | |
| , | | | | | | | |
| Località di provenienza | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | - | |
| | | | | | | - | |

| | da altra sede (specificare) | |
|----------|--|--|
| Dalle | ore | Alle ore |
| Nei g | iorni | |
| ivei g | , or in | |
| Temp | oo di raggiungimento | |
| | lità di provenienza | |
| LOCAI | ita di provenienza | |
| | | <u> </u> |
| Val | endosi della facoltà prevista dall'art | icolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/200 |
| | | previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/200 |
| 445 | o e dall'articolo 483 del Codice Pena | le nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti, DICHIARA |
| | di valar avastara la avascia accesia | |
| | di voler prestare la propria opera ir | |
| V | dell'attività di protezione civile, e a | ne di disabilità che possano pregiudicare la propria incolumità nello svolgim a titolo di conferma produce in allegato apposito documento di idoneità psico-f |
| \ | rilasciato dal medico curante | |
| ✓ | i periodici richiami che verranno pr | he previste dal Decreto legislativo 09/04/2008, n. 81 e alle eventuali vaccinazion escritte |
| ✓ | | corso condanne e/o procedimenti penali incidenti negativamente nelle relazioni enzialmente lesivi dell'immagine della Pubblica Amministrazione |
| ✓ | | ri penali e di non aver subìto condanne penali che impediscano lo svolgimento d o dall'articolo 358 del Codice Penale |
| ✓ | di essere operativo a favore della comma 1 del Regolamento Region | sola organizzazione di protezione civile sopracitata, come previsto dall'artico ale 18/10/2010, n. 9 |
| ✓ | di aver preso visione del Regolame | ento comunale e di accettarlo integralmente senza riserve |
| ✓ | di essere disposto a frequentare i | orsi di preparazione e di aggiornamento professionale |
| ✓ | di aver preso visione degli estremi | della polizza assicurativa predisposta dal Comune |
| ✓ | di essere stato informato dal coord | linatore durante il colloquio preliminare sulle attività del gruppo |
| ✓ | di dare la sua disponibilità ad opera | are nel gruppo di protezione civile: |
| | - presenziando alle riunioni settima | |
| | contrasto con attività lavorative o | destramento, alle esercitazioni pratiche e agli interventi sul territorio, purchè no seri impedimenti |
| | - sviluppando i programmi e gli obi | ettivi concordati con puntualità e professionalità |
| | - cooperando con tutti i componen | ti del gruppo nel perseguire gli obiettivi della protezione civile |
| ✓ | di comunicare ogni eventuale camb | pio della residenza o del luogo o modalità di reperibilità |
| ✓ | di essere disponibile ad eventuali i | nterventi, su semplice richiesta telefonica, ad ogni ora del giorno e delle notte |
| ✓ | | sso femminile, di informare tempestivamente il medico competente dell'event |
| | stato di gravidanza | |
| ✓ | di avere gruppo sanguineo | |
| | Тіро | RH |
| | | |

| ✓ | di essersi sottoposto alle seguenti vaccinazioni con i periodici richiami | | | | | | |
|----------|---|--|----------------|----------------------------|---------------|--|--|
| | antitetanica (obbligatoria) | | | Data | | | |
| | | | | | | | |
| | antiepatite A (consigliata) | | | | | | |
| | antiepatite B (consigliata) | | | | | | |
| | antitifica (consigliata) | | | | | | |
| | paratifica (consigliata) | | | | | | |
| | altra vaccinazione (specificare) | | | | | | |
| | altra vaccinazione (specificare) | | | | | | |
| | altra vaccinazione (specificare) | | | | | | |
| | | 7 . | | | | | |
| 0 | di non avere allergie o intolleranze alimenta | ri | | | | | |
| 0 | di avere allergie o intolleranze alimentari inc | | edico allegato | 1 | | | |
| | | | | | | | |
| | di essere in possesso del seguente titolo di | studio | | | | | |
| | | to presso il quale è stato conseg | ruito | Anno conseguimento | | | |
| | | | 10 | | | | |
| | di essere in possesso della patente di guida | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | Categoria Numero | Data | V | Ente di r | iferimento | | |
| | Categoria Numero | Data | | Ente di r | iferimento | | |
| | | | | Ente di r | iferimento | | |
| | di svolgere la propria attività lavorativa pres | | | | iferimento | | |
| | | | | Ente di r | iferimento | | |
| | di svolgere la propria attività lavorativa pres Denominazione/Ragione sociale Sede operativa | 50 | | l'ipologia (in la company) | | | |
| | di svolgere la propria attività lavorativa pres Denominazione/Ragione sociale | | | | Piano SNC CAP | | |
| | di svolgere la propria attività lavorativa pres Denominazione/Ragione sociale Sede operativa | 50 | | l'ipologia (in la company) | | | |
| | di svolgere la propria attività lavorativa pres Denominazione/Ragione sociale Sede operativa Provincia Comune Indirizzo | SO Civico | | l'ipologia (in la company) | | | |
| | di svolgere la propria attività lavorativa pres Denominazione/Ragione sociale Sede operativa Provincia Comune Indirizzo Telefono | Civico Fax | | l'ipologia (in la company) | | | |
| | di svolgere la propria attività lavorativa pres Denominazione/Ragione sociale Sede operativa Provincia Comune Indirizzo | Civico Fax | Barrato Ir | l'ipologia (in la company) | | | |
| | di svolgere la propria attività lavorativa pres Denominazione/Ragione sociale Sede operativa Provincia Comune Indirizzo Telefono di essere in possesso delle seguenti esperie | Civico Fax | Barrato Ir | l'ipologia (in la company) | | | |
| | di svolgere la propria attività lavorativa pres Denominazione/Ragione sociale Sede operativa Provincia Comune Indirizzo Telefono di essere in possesso delle seguenti esperie | Civico Fax | Barrato Ir | l'ipologia (in la company) | | | |
| | di svolgere la propria attività lavorativa pres Denominazione/Ragione sociale Sede operativa Provincia Comune Indirizzo Telefono di essere in possesso delle seguenti esperie Esperienza professionale | Civico Fax nze professionali Durata es | Barrato Ir | Tipologia Interno Scala | | | |
| | di svolgere la propria attività lavorativa pres Denominazione/Ragione sociale Sede operativa Provincia Comune Indirizzo Telefono di essere in possesso delle seguenti esperie Esperienza professionale di essere in possesso delle seguenti speciali | Civico Fax nze professionali Durata es | Barrato Ir | Tipologia Interno Scala | | | |
| | di svolgere la propria attività lavorativa pres Denominazione/Ragione sociale Sede operativa Provincia Comune Indirizzo Telefono di essere in possesso delle seguenti esperie Esperienza professionale | Civico Fax nze professionali Durata es | Barrato Ir | Tipologia Interno Scala | | | |
| | di svolgere la propria attività lavorativa pres Denominazione/Ragione sociale Sede operativa Provincia Comune Indirizzo Telefono di essere in possesso delle seguenti esperie Esperienza professionale di essere in possesso delle seguenti speciali | Civico Fax nze professionali Durata es | Barrato Ir | Tipologia Interno Scala | | | |
| | di svolgere la propria attività lavorativa pres Denominazione/Ragione sociale Sede operativa Provincia Comune Indirizzo Telefono di essere in possesso delle seguenti esperie Esperienza professionale di essere in possesso delle seguenti speciali | Civico Fax nze professionali Durata es | Barrato Ir | Tipologia Interno Scala | | | |

| | di conoscere le seguenti lingue ester | e | | | | | | |
|----------|--|--|----------------------------|--|---------------|--|--|--|
| | Lingua estera | | Livello di conoscenza | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | AUTOR | 9177Δ | | | | | |
| il tr | attamento dei dati personali foniti ai | | | ase istituzionali di Prote | ezione Civile | | | |
| | | | | | | | | |
| Event | uali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800 | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | Elenco degl | i allegati. | | | | | |
| | (barrare tutti gli a | llegati richiesti in fase di prese | - | elencati sul portale) | | | | |
| | copia del certificato medico per aller (da allegare solo se il richiedente ha allergie o in | _ | | d alimenti) | | | | |
| | copia del certificato relativo alle vaco | | uncigico o intollerante de | a difficility | | | | |
| ✓ | copia del documento di idoneità psic | ~ | nedico curante | | | | | |
| | copia del permesso di soggiorno | | | | | | | |
| | (da allegare in caso di cittadino extracomunitari | 0) | | | | | | |
| | copia del documento d'identità | | | | | | | |
| | (da allegare se il modulo è sottoscritto con firmo altri allegati | r dutografa) | | | | | | |
| | didianalicada | | | | | | | |
| | 1 | | unto doi doti novece | and: | | | | |
| | | iormativa sul trattame Imunitario 27/04/2016, n. 20 | | 1aII gislativo 30/06/2003, n. 196) | | | | |
| | dichiara di aver preso visione dell'inf | | | | | | | |
| | istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica. | | | | | | | |
| | presentazione della pratica. | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Мо | ntanaso Lombardo | | | | | | | |
| | | | | · | | | | |
| Luoge | | Data | | il dichiarante | | | | |