



A.V.S. FRATELLANZA POPOLARE PERETOLA O.D.V.

Associazione Volontaria Soccorso

Partita IVA 03120930486 – Trib. FI Reg. Pers. Giuridiche n. 1049



DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA SQUADRA VOLONTARI

Il/La Sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Domiciliato/a _____ CAP _____

Via/Piazza _____ n. _____

Cellulare _____ Tel. _____

email _____

CHIEDE DI POTER ENTRARE A FAR PARTE DI CODESTA ASSOCIAZIONE DI VOLONTARIA- TO E DI OPERARE NEI SEGUENTI SETTORI:

- Soccorritore BASE**
- Soccorritore AVANZATO**
- Accompagnatore/Autista SERVIZI SOCIALI**
- PROTEZIONE CIVILE**
- CENTRALINO**
- DONATORE DI SANGUE**

NOMINATIVI E FIRME DEI VOLONTARI PRESENTATORI

Cognome/Nome _____ firma _____

Cognome/Nome _____ firma _____

Autorizzo la "Pubblica Assistenza Fratellanza Popolare Peretola ODV" al trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003. Autorizzo a titolo gratuito, senza limiti di tempo, anche ai sensi degli Art. 10 e 320 Cod. Civ. e degli Art. 96 e 97 Legge 22-04-1941 n.633. Legge sul diritto d'autore, alla pubblicazione e/o diffusione in qualsiasi forma delle proprie immagini sul sito internet della "Pubblica Assistenza Fratellanza Peretola ODV, su carta stampata e/o qualsiasi altro mezzo di diffusione, nonché autorizza la conservazione delle foto e dei video stessi negli archivi informatici della "Pubblica Assistenza Fratellanza Peretola ODV" e prende atto che la finalità di tali pubblicazioni sono meramente di carattere informativo ed eventualmente promozionale. Dichiaro inoltre di non aver subito condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso.

Firenze, li _____

firma dell'interessato o di chi ne esercita la potestà

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

AUTOCERTIFICAZIONE SULLE CONDIZIONI CLINICHE DEL CANDIDATO

Il/La Sottoscritto/a _____

CODICE FISCALE _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' DI ESSERE A CONOSCENZA DELLO STATO DEI SEGUENTI ORGANI E APPARATI:

SUSSISTONO PATOLOGIE DELL'APPARETO CARDIO-CIRCOLATORIO E/O VASCOLARE: ipertensione (anche se normalizzata dal trattamento), pregresso infarto, angina, pregresso intervento cardiocirurgico, aneurisma, aritmie. <i>Indicare quali:</i>	SI	NO
SUSSISTE DIABETE MELLITO insulinodipendente <input type="checkbox"/> trattato con dieta o ipoglicemizzanti orali <input type="checkbox"/>	SI	NO
SOFFRE (ha mai sofferto) DI MALATTIE NEUROLOGICHE: morbo di Parkinson, emiparesi, ischemia cerebrale, sclerosi multipla, ecc. <i>Indicare quali:</i>	SI	NO
SUSSISTONO (ha mai sofferto) DI TURBE E/O PATOLOGIE DELLA SFERA PSICHICA: ansia, depressione, allucinazioni, ecc. <i>Indicare quali ed in che periodo ne ha sofferto:</i>	SI	NO
E' ATTUALMENTE (è stato) IN CURA CON TRANQUILLANTI, ANTIDEPRESSIVI, BARBITURICI, SONNIFERI E/O ALTRI FARMACI PSICOTROPI, (fa uso di sostanze psicoattive?) <i>Indicare quali, in che periodo ed a quali dosaggi:</i>	SI	NO
HA MAI AVUTO PROBLEMI RELATIVI AD ABUSO DI ALCOOLICI (ad esempio guida in stato di ebbrezza ecc.) <i>Indicare quale tipo e in che periodo:</i>	SI	NO
SUSSISTONO PATOLOGIE A CARICO DELL'APPARATO URO-GENITALE (ad esempio insufficienza renale grave ecc.) <i>Indicare quali e in che periodo:</i>	SI	NO
SOFFRE DI EPILESSIA E/O HA MAI MANIFESTATO IN PASSATO CRISI EPILETTICHE O CONVULSIONI <i>Indicare ultimo episodio e specificare terapia eseguita:</i>	SI	NO
SOFFRE DI MALATTIE DEL SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI: sindromi emofiliche, linfomi e leucemie in trattamento. <i>Indicare quali:</i>	SI	NO
SUSSISTONO PATOLOGIE A CARICO DELL'APPARATO OSTEO-ARTICOLARE: gravi alterazioni anatomiche o funzionali. <i>Indicare quali e diagnosi:</i>	SI	NO
SUSSISTONO PATOLOGIE A CARICO DEGLI ORGANI DI SENSO: gravi patologie visive e/o auditive evolutive <i>Indicare quali e diagnosi:</i>	SI	NO

Data _____

Il candidato con sua firma attesta di aver rilasciato dichiarazioni veritiere.

Firma del candidato o chi ne esercita la responsabilità genitoriale _____