	Amministrazione destinataria Comune di Covo Ufficio destinatario Ufficio Protocollo	

Richiesta di iscrizione al gruppo di volontari di protezione civile

Il sottoscritto

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza

Residenza

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
							☐	

Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

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 handicap 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 subìto 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 sottoscrivente 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
☐	antitetanica (obbligatoria)	
☐	antiepatite A (consigliata)	
☐	antiepatite B (consigliata)	
☐	antitifica (consigliata)	
☐	paratifica (consigliata)	
☐	altra vaccinazione (specificare)	
☐	altra vaccinazione (specificare)	
☐	altra vaccinazione (specificare)	

- ○ 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**	**CAP**

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

Eventuali annotazioni

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 (specificare)

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.

Covo		
Luogo	**Data**	**Il dichiarante**