

|  |  |  |
|--|--|--|
|  | Amministrazione destinataria<br>Regione Sardegna<br><br>Ufficio destinatario |  |
|--|--|--|

## 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                   |                | CAP                           |
|                 |        |                    |                             |                |                               |
| Telefono fisso  |        | Telefono cellulare | 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

|  |          |
|--|----------|
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>da casa</b> |          |
| Dalle ore  | Alle ore |
|  |          |
| Nei giorni   |          |
|  |          |
| Tempo di raggiungimento                            |          |
|  |          |
| Località di provenienza                            |          |
|  |          |

|   |          |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> <b>dalla sede lavorativa</b> |          |
| Dalle ore   | Alle ore |
|   |          |
| Nei giorni  |          |
|   |          |
| Tempo di raggiungimento                               |          |
|   |          |
| Località di provenienza                               |          |
|   |          |

|   |          |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> <b>da altra sede</b> (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 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 sopraccitata, 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 (obbligatoria)      |      |
| <input type="checkbox"/> antiepatite A (consigliata)      |      |
| <input type="checkbox"/> antiepatite B (consigliata)      |      |
| <input type="checkbox"/> antitifida (consigliata)         |      |
| <input type="checkbox"/> paratifica (consigliata)         |      |
| <input type="checkbox"/> altra vaccinazione (specificare) |      |
| <input type="checkbox"/> altra vaccinazione (specificare) |      |
| <input type="checkbox"/> 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 |
|---------------|-----------------------|
|               |                       |
|               |                       |
|               |                       |

### AUTORIZZA

il trattamento dei dati personali foniti ai fini dell'inserimento degli stessi nei database istituzionali di Protezione Civile

| Eventuali annotazioni |
|-----------------------|
|                       |

### Elenco degli allegati

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

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/>            | copia del certificato medico per allergie o intolleranze alimentari<br><i>(da allegare solo se il richiedente ha allergie o intolleranze alimentari oppure è allergico o intollerante ad alimenti)</i> |
| <input type="checkbox"/>            | copia del certificato relativo alle vaccinazioni eseguite  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | copia del documento di idoneità psico-fisica rilasciato dal medico curante   |
| <input type="checkbox"/>            | copia del permesso di soggiorno<br><i>(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)</i>  |
| <input type="checkbox"/>            | copia del documento d'identità<br><i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>   |
| <input type="checkbox"/>            | 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)

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione dell'istanza. |
|--------------------------|---|

|       |      |                |
|-------|------|----------------|
|       |      |                |
| Luogo | Data | Il dichiarante |