



Al Comune di
MARCALLO CON CASONE

Ufficio destinatario
POLIZIA LOCALE

Richiesta di iscrizione al gruppo di volontari di protezione civile

Il sottoscritto					
Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso (M/F)	Cittadinanza	Luogo di nascita		
Residenza					
Provincia	Comune		Indirizzo	Civico	CAP
Telefono casa	Telefono cellulare	E-mail (posta elettronica ordinaria)		E-mail PEC (domicilio digitale)	

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"/> da casa	
Dalle ore	Alle ore
Nei giorni	
Tempo di raggiungimento	
Località di provenienza	
<input type="checkbox"/> dalla sede lavorativa	
Dalle ore	Alle ore
Nei giorni	
Tempo di raggiungimento	
Località di provenienza	
<input type="checkbox"/> da altra sede (specificare)	
Dalle ore	Alle ore
Nei giorni	
Tempo di raggiungimento	
Località di provenienza	

Valendosi della facoltà prevista 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"/> paratifida (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

Consenso al trattamento dei dati personali

(Ai sensi del Regolamento (UE) 27/04/2016, n. 679)

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, che è il titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione dell'istanza.