



## A.V. PROTEZIONE CIVILE MELEGNANO

20077 Melegnano (MI) – Piazza XXV Aprile, 8

Costituita nel 1985 - ONLUS - C.F. 92 51 15 50 151

Segreteria: tel. 02 98 208 402 – fax 02 98 208 403

e-mail: info@avpcmelegnano.org

Reperibilità h 24: 329 210 77 48

### DOMANDA DI ISCRIZIONE

Melegnano, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Il / La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico Fisso \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico Mobile \_\_\_\_\_

E - mail \_\_\_\_\_

CHIEDE

di essere ammesso come Aspirante Volontario e

DICHIARA

1. Di aver preso visione dello Statuto Associativo e del Regolamento Interno in ogni loro parte e di accettarli e rispettarli integralmente.
2. Di essere a conoscenza delle polizze assicurative stipulate dall'Associazione a favore dei volontari, così come previsto dalla legge.
3. Di impegnarsi a restituire all'Associazione tutto il materiale ricevuto in dotazione nel momento in cui cesserà di far parte dell'organico associativo.

Autorizzo al trattamento dei dati personali ai sensi delle prescrizioni del D.Lgs. 196/2003, "Codice in materia di protezione dei dati personali", e del Regolamento UE 2016/679.

In fede \_\_\_\_\_

A.V.P.C. MELEGNANO

Associazione iscritta nell'elenco delle Organizzazioni di Volontariato di Protezione Civile del Dipartimento di Protezione Civile della Presidenza del Consiglio dei Ministri al n° 6.24.1 in data 15/03/95 e nell'Albo Regionale del Volontariato di Protezione Civile della Regione Lombardia al foglio 625, progressivo 2495 con decreto n° 2538 del 03/05/99

**Informazioni sussidiarie per l'attività di Protezione Civile:**

Titolo di Studio \_\_\_\_\_

Corsi Abilitanti \_\_\_\_\_

Esperienze particolari \_\_\_\_\_

Corsi di formazione per volontari di Protezione Civile \_\_\_\_\_

Eventuali Impedimenti allo svolgimento della regolare attività di volontariato in Protezione Civile \_\_\_\_\_

Allergie \_\_\_\_\_

Patente di Guida \_\_\_\_\_

**Datore di Lavoro**

Ragione Sociale \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) Indirizzo \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E - mail \_\_\_\_\_

Attività Lavorativa \_\_\_\_\_ Specializzazione \_\_\_\_\_

**Autocertificazione**

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilito agli art.li 46,47 e 76 del D.P.R. 445/00, sotto la propria personale responsabilità.

DICHIARO DI

- Avere la cittadinanza Italiana
- Essere maggiorenne
- Godere dei diritti politici
- Avere buona condotta morale e civile
- Non aver subito condanne e di non aver in corso procedimenti penali

In Fede \_\_\_\_\_

**Allegati**

- Copia Carta Identità e Codice Fiscale
- Tessera ASL Vaccinazioni
- Foto Tessera

