



Amministrazione destinataria

Comune di Barbariga

Ufficio destinatario

Area Amministrativa

## Richiesta di iscrizione al gruppo comunale dei volontari di protezione civile

### Il sottoscritto

|                      |                      |                      |                      |                               |                          |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-------------------------------|--------------------------|
| Cognome              |                      | Nome                 |                      | Codice Fiscale                |                          |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>          |                          |
| Data di nascita      |                      | Sesso                | Luogo di nascita     |                               | Cittadinanza             |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                               | <input type="text"/>     |
| Residenza            |                      |                      |                      |                               |                          |
| Provincia            | Comune               | Indirizzo            |                      | Civico                        | Barrato                  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>          | <input type="text"/>     |
|                      |                      |                      |                      | Interno                       | Scala                    |
|                      |                      |                      |                      | <input type="text"/>          | <input type="text"/>     |
|                      |                      |                      |                      | Piano                         | SNC                      |
|                      |                      |                      |                      | <input type="text"/>          | <input type="checkbox"/> |
|                      |                      |                      |                      | CAP                           | <input type="text"/>     |
| Telefono cellulare   |                      | Telefono fisso       |                      | Posta elettronica ordinaria   |                          |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>          |                          |
|                      |                      |                      |                      | Posta elettronica certificata |                          |
|                      |                      |                      |                      | <input type="text"/>          |                          |

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

### 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             |
| <input type="text"/>    | <input type="text"/> |
| Nei giorni              |                      |
| <input type="text"/>    |                      |
| Tempo di raggiungimento |                      |
| <input type="text"/>    |                      |
| Località di provenienza |                      |
| <input type="text"/>    |                      |

**dalla sede lavorativa**

|                         |                      |
|-------------------------|----------------------|
| Dalle ore               | Alle ore             |
| <input type="text"/>    | <input type="text"/> |
| Nei giorni              |                      |
| <input type="text"/>    |                      |
| Tempo di raggiungimento |                      |
| <input type="text"/>    |                      |
| Località di provenienza |                      |
| <input type="text"/>    |                      |

**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 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 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 sottoscrittore sia di sesso femminile, di informare tempestivamente il medico competente dell'eventuale stato di gravidanza
- di avere gruppo sanguigno

Tipo

RH

di essersi sottoposto alle seguenti vaccinazioni con i periodici richiami

| Tipologia  |  | Data |
|--|--|------|
| <input type="checkbox"/> antitetanica ( <i>obbligatoria</i> )      |  |      |
| <input type="checkbox"/> antiepatite A ( <i>consigliata</i> )      |  |      |
| <input type="checkbox"/> antiepatite B ( <i>consigliata</i> )      |  |      |
| <input type="checkbox"/> antitifica ( <i>consigliata</i> )         |  |      |
| <input type="checkbox"/> paratifica ( <i>consigliata</i> )         |  |      |
| <input type="checkbox"/> altra vaccinazione ( <i>specificare</i> ) |  |      |
| <input type="checkbox"/> altra vaccinazione ( <i>specificare</i> ) |  |      |
| <input type="checkbox"/> altra vaccinazione ( <i>specificare</i> ) |  |      |

- 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 | Barrato | Interno | Scala | Piano | SNC                      | CAP |
|                               |        |           |        |         |         |       |       | <input type="checkbox"/> |     |
| 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 forniti ai fini dell'inserimento degli stessi nei database istituzionali di Protezione Civile

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

### 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

### 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.

Barbariga

Luogo

Data

il dichiarante