



Pubblica Assistenza Croce Verde Recco
Via Milite Ignoto 17
16036 Recco (GE)
Tel 0185 721037
www.croceverderecco.it

mod.020_domanda_milite.pdf 1/8

Al Consiglio Direttivo
P.A. Croce Verde Recco
Via Milite Ignoto, 17
16036 Recco (GE)

DOMANDA DI AMMISSIONE COME VOLONTARIO

subordinata alla frequentazione e superamento delle prove teorico/pratiche
del CORSO BASE DI FORMAZIONE per nuovi Volontari

lo sottoscritt__ (COGNOME) _____ (NOME) _____

nat__ il __ __ / __ __ / __ __ __ __ a (COMUNE) _____ (PROVINCIA) _____

eventuale stato estero _____ codice fiscale _____

residente in (COMUNE) _____ (PROVINCIA) _____ (CAP) _____

indirizzo _____

telefono _____ cellulare _____ whatsapp sì no

e-mail _____ @ _____ professione _____

titolare della patente di guida categoria ____ n. _____ rilasciata il __ __ / __ __ / __ __

con scadenza __ __ / __ __ / __ __

CHIEDO

a codesto Consiglio Direttivo di essere iscritto al CORSO BASE DI FORMAZIONE obbligatorio per nuovi Volontari e,
in caso di superamento dell'esame finale, di entrare a far parte dei MILITI VOLONTARI della P.A. Croce Verde Recco.

DICHIARO

di conoscere lo Statuto dell'Associazione, avendone preso visione, e mi impegno a rispettarlo;
di conoscere il Regolamento dell'Associazione, avendone preso visione, e mi impegno a rispettarlo;

AUTORIZZO

la P.A. Croce Verde Recco al trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003
e a inviarmi informazioni inerenti i servizi via sms o whatsapp.

MI IMPEGNO

a garantire almeno 2 turni di copertura al mese.

Recco li __ __ / __ __ / __ __ __ __

In fede _____



DOCUMENTI DA ALLEGARE

- Fotocopia della carta d'identità in corso di validità (per i cittadini stranieri o non comunitari fotocopia del passaporto e del permesso di soggiorno in corso di validità).
- (se minore) Fotocopia della carta d'identità in corso di validità dell'esercitante la patria potestà.
- Autocertificazione assenza di procedimenti penali a carico (modello allegato).
- Certificato sullo stato di salute rilasciato dal medico curante (modello allegato).
- Fotocopia della patente di guida.
- Fotocopia della tessera sanitaria.
- 2 fototessere (oppure file).
- Altro: _____

Parte da compilare solo se il richiedente è minorenne

Io sottoscritt _____ (COGNOME) _____ (NOME) _____

esercitante la patria potestà del minore _____

APPROVO

la presente domanda di iscrizione e pertanto esonero la P.A. Croce Verde Recco da ogni responsabilità.

Allego fotocopia del mio documento d'identità.

Recco li ___/___/_____

In fede _____

fototessera

fototessera



ABBIGLIAMENTO

Al momento del tuo ingresso in servizio, ti verrà consegnato un corredo di abbigliamento di proprietà della P.A. Croce Verde Recco, che dovrai indossare esclusivamente quando sarai di turno. Il corredo, in caso di inattività superiore a sei mesi, dovrà essere restituito all'Associazione.

Per motivi organizzativi, ti preghiamo di indicare quali sono le tue taglie dei seguenti capi di abbigliamento:

Felpa	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> XL	<input type="checkbox"/> XXL	<input type="checkbox"/> XXXL
Polo	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> XL	<input type="checkbox"/> XXL	<input type="checkbox"/> XXXL
Pantalone	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> XL	<input type="checkbox"/> XXL	<input type="checkbox"/> XXXL
Giacca	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> XL	<input type="checkbox"/> XXL	<input type="checkbox"/> XXXL

Scarpe antinfortunistiche n. _____

INFORMAZIONE IMPORTANTE

La P.A. Croce Verde Recco presta la propria opera nel rispetto delle normative regionali in materia di accreditamento, che le riconoscono l'esercizio di attività sanitarie nell'ambito e per conto del Servizio Sanitario Nazionale. Questo riconoscimento comporta per l'Associazione un continuo monitoraggio dei livelli di formazione dei propri Volontari, che devono pertanto obbligatoriamente frequentare periodici corsi di formazione e di aggiornamento.

Secondo le attitudini e la disponibilità del Milite e sulla base delle valutazioni di Direzione Sanitaria, Direttore dei Servizi e Responsabile Automezzi, questo sarà adibito allo svolgimento delle varie tipologie di servizi.

Nota: il Volontario che ha superato il CORSO BASE per un primo periodo effettuerà servizi come "osservatore", quindi in ruolo non operativo.



CERTIFICATO SULLO STATO DI SALUTE

da far compilare al proprio medico curante

Cognome _____ Nome _____

Sesso M F Altezza cm _____ Peso kg _____

In caso di risposta affermativa, si prega di indicare l'anno o gli anni in cui ha sofferto delle malattie elencate oppure se la malattia è tuttora in corso

ALLERGIE no sì

In caso di risposta affermativa indicare a quali sostanze il paziente è allergico e con che tipo di reazione (per esempio: alimenti, farmaci, cerotti, lattice, pollini, ecc.)

MALATTIE CARDIACHE no sì

In caso di risposta affermativa indicare quali malattie (per esempio: soffi, aritmie, infarto, malformazioni, ecc.)

IPERTENSIONE ARTERIOSA no sì

MALATTIE RESPIRATORIE no sì

In caso di risposta affermativa indicare quali malattie. (per esempio: asma, enfisema, bronchiti, tubercolosi, ecc.)

MALATTIE DEL SANGUE no sì

In caso di risposta affermativa indicare quali malattie (per esempio: anemia falciforme, favismo, linfoma, leucemia, malattie coagulazione, ecc.)

MALATTIE NEUROLOGICHE no sì

In caso di risposta affermativa indicare quali malattie (per esempio: convulsioni, perdita di coscienza, paralisi, emorragia cerebrale, ischemia cerebrale, ictus, ecc)



Pubblica Assistenza Croce Verde Recco
Via Milite Ignoto 17
16036 Recco (GE)
Tel 0185 721037
www.croceverderecco.it

mod.020_domanda_milite.pdf 5/8

MALATTIE PSICHICHE no sì

In caso di risposta affermativa indicare quali malattie (per esempio: depressione, stati d'ansia ecc.)

SINDROME DA DEPRESSIONE IMMUNITARIA ACQUISITA no sì

DIFETTI FISICI ACQUISITI O CONGENITI no sì

ALTRE MALATTIE NON ELENcate no sì

In caso di risposta affermativa indicare quali malattie

HA MAI FATTO O FA USO DI STUPEFACENTI O ALTRE DROGHE? no sì

Data __ __/__ __/__ __

Timbro e firma del Medico curante



AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZA DI CONDANNE PENALI

(Art. 46 , comma 1, D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

lo sottoscritt__ (COGNOME)_____ (NOME)_____

nat__ il __ __/ __ __/ __ __ __ __ a (COMUNE)_____ (PROVINCIA) _____

stato _____ codice fiscale _____

residente in (COMUNE)_____ (PROVINCIA) _____ (CAP) _____

indirizzo _____

A conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46, comma 1°, del citato D.P.R. 445/2000;

DICHIARO

- di non aver subito condanne penali comunque rientranti fra quelle previste per i reati di cui agli articoli 600-bis, 600-ter, 600-quater, 600-quinquies e 609-undecies del codice penale, ovvero l'irrogazione di sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori;
- di non aver carichi pendenti e comunque non essere a conoscenza di essere sottoposto/a a procedimenti penali;
- che è residente nell'ambito del circondario della Procura della Repubblica presso il Tribunale di competenza del comune di residenza e che, pertanto, il casellario giudiziale e le certificazioni dei carichi pendenti possono essere richiesti presso tale Autorità.

Data __ __/ __ __/ __ __

Firma _____



PER CONOSCERCI MEGLIO

Sei o sei già stato milite presso un'altra Pubblica Assistenza o presso la Croce Rossa?

no sì, in passato sì, tuttora

In caso di risposta affermativa, in quale/i Ente/i? _____

con quali mansioni? _____

Sei stato o sei tuttora operante in enti di Volontariato in diverso settore? no sì, in passato sì, tuttora

In caso di risposta affermativa, quali e in quale settore? _____

Quali sono i motivi per cui hai scelto di diventare Volontario presso la Croce Verde Recco?

Tra le seguenti attività della Croce Verde, verso quali ti senti maggiormente disposto? (anche più scelte)

- Trasporti ordinari (dializzati, oncologici, visite varie)
- Autista di guardia medica (Continuità assistenziale)
- Attività di soccorso su ambulanza (servizi 118)
- Autista di automedica (118)
- Attività di Protezione Civile.

In quali giorni della settimana pensi di avere maggior disponibilità di tempo? (anche più scelte)

Lunedì Martedì Mercoledì Giovedì Venerdì Sabato Domenica

Altro: _____

In quali momenti della giornata? (anche più scelte)

mattino (08/13) Pomeriggio (13/19) Sera (19/23) Notte (23/07) Indifferente



PAGINA RISERVATA ALLA CROCE VERDE

DOMANDA DI

(COGNOME) _____ (NOME) _____

RIEPILOGO DOCUMENTI ALLEGATI

- Fotocopia della carta d'identità in corso di validità (per i cittadini stranieri o non comunitari fotocopia del passaporto e del permesso di soggiorno in corso di validità).
- (se minore) Fotocopia della carta d'identità in corso di validità dell'esercitante la patria podestà.
- Autocertificazione assenza di procedimenti penali a carico.
- Certificato sullo stato di salute rilasciato dal medico curante.
- Fotocopia della patente di guida.
- Fotocopia della tessera sanitaria.
- 2 fototessere (oppure file).
- Altro: _____

SONO STATI CONSEGNATI AL MILITE

- Copia dello Statuto.
- Copia del Regolamento.

CORSO BASE

Partecipato al corso base conclusosi in data __ __/__ __/__ __ superato non superato

AMMISSIONE

Il Consiglio Direttivo, nella seduta odierna, sulla base dei giudizi del Direttore Sanitario e del Direttore dei Servizi, nonché del superamento del CORSO BASE

DECIDE

- di non accogliere la presente domanda di ammissione.
- di accogliere la presente domanda di ammissione e di iscrivere il Volontario nell'albo dei Militi

Al nuovo Milite viene assegnata la tessera n.

Recco li __ __/__ __/__ __

Il Segretario _____ Il Presidente _____