



SISTEMA REGIONALE DI PROTEZIONE CIVILE  
- Volontariato -  
Sezione A



Scheda rilevazioni dati **Volontario**

**Associazione di volontariato di appartenenza**

Cognome

Nome

Luogo e data di nascita (gg/mm/aaaa)

luogo	pr	data
-------	----	------

Residenza (indicare via, n., comune, c.a.p. e provincia)

via	n.	
Comune	c.a.p.	pr

Numero telefono fisso

Numero telefono cellulare

Eventuale indirizzo personale di posta elettronica

Codice Fiscale

**Data di prima iscrizione  
nell'attuale associazione**

Professione (medico, operaio ecc. - anche "non occupato" o "pensionato")

Eventuale specializzazione professionale (pediatra, saldatore, ecc)

Note

Scheda rilevazioni dati **Volontario**

**Patenti, brevetti e licenze possedute**

(indicare anche l'ente che le/li ha rilasciate/i)

<input type="checkbox"/> patente di guida cat. <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C.A.P. K__
rilasciata da _____ anno _____
<input type="checkbox"/> patente nautica: tipologia _____ categoria _____
rilasciata da _____ anno _____
<input type="checkbox"/> brevetto di volo: tipologia _____ rilasciato da _____ anno _____
<input type="checkbox"/> licenza: tipologia _____ rilasciata da _____ anno _____
<input type="checkbox"/> altro: tipologia _____ rilasciato da _____ anno _____

**Abilitazioni possedute nell'ambito della Protezione Civile**

(indicare anche l'ente che le ha rilasciate)

<input type="checkbox"/> Abilitazione AIB: rilasciata da _____ anno _____
<input type="checkbox"/> Autorizzazione all'uso del DAE: rilasciata da _____ anno _____
<input type="checkbox"/> altro: tipologia _____ rilasciato da _____ anno _____
<input type="checkbox"/> altro: tipologia _____ rilasciato da _____ anno _____

**Corsi frequentati** (indicare anche l'ente che li ha effettuati)

<input type="checkbox"/> Corso Primo Soccorso: effettuato da _____ anno _____	
<input type="checkbox"/> Corso BLSD: effettuato da _____ anno _____	
<input type="checkbox"/> Corso P-BLSD: effettuato da _____ anno _____	
<input type="checkbox"/> Corso PTC: effettuato da _____ anno _____	
<input type="checkbox"/> Corso Guida Sicura: effettuato da _____ anno _____	
<input type="checkbox"/> altro corso: _____ effettuato da _____ anno _____	
<input type="checkbox"/> Corso base di Protezione Civile: effettuato da _____ anno _____	
<b>Corsi avanzati</b>	
<input type="checkbox"/> Corso Segreteria: effettuato da _____ anno _____	
<input type="checkbox"/> Corso Nucleo di Prima Valutazione: effettuato da _____ anno _____	
<input type="checkbox"/> Corso Capo Campo: effettuato da _____ anno _____	
<input type="checkbox"/> Corso Responsabile Logistica: effettuato da _____ anno _____	
<input type="checkbox"/> Corso Responsabile Impiantistica: effettuato da _____ anno _____	
<input type="checkbox"/> Corso Operatore Radio: effettuato da _____ anno _____	
<input type="checkbox"/> Corso Cucina: effettuato da _____ anno _____	
<input type="checkbox"/> altro corso: _____ effettuato da _____ anno _____	
<input type="checkbox"/> altro corso: _____ effettuato da _____ anno _____	
<input type="checkbox"/> altro corso: _____ effettuato da _____ anno _____	



SISTEMA REGIONALE DI PROTEZIONE CIVILE  
- Volontariato -  
Sezione C



Scheda rilevazioni dati **Volontario**

Ragione Sociale del datore di lavoro

Codice Fiscale/p.IVA

Indirizzo del datore di lavoro

via	n.
Comune	c.a.p.
	pr

Telefono e fax del datore di lavoro

telefono	fax
----------	-----

Eventuale indirizzo di posta elettronica datore di lavoro

***Dati del datore di lavoro per gli eventuali rimborsi***

Ufficio postale o bancario di riferimento

Numero di conto corrente

IBAN

**Allegare alla scheda copia di un proprio documento di riconoscimento**

Tipo e numero del documento

Data di compilazione della scheda

Ai sensi del D.Lgs. 196/03 autorizzo l'organizzazione di volontariato di cui alla sezione A del presente modulo al trattamento dei miei dati personali, per finalità connesse con le attività di protezione civile. Autorizzo inoltre la loro trasmissione al Sistema Regionale di Protezione Civile e Sicurezza Locale della Regione Marche.

**Firma del Volontario**

**Firma del Legale rappresentante dell'associazione**