



ASSISTENZA PUBBLICA

SALSOMAGGIORE TERME

ENTE MORALE - Decreto P.R. n.925 del 25-7-1975
 Parco Mazzini, 11 - 43039 Salsomaggiore Terme (Pr)
 Servizio Ambulanze Tel.0524.581102 - Segreteria Tel.0524.572408 - Fax 0524.578583
 apsalso@gmail.com

AL
 CONSIGLIO DIRETTIVO
 DELL'ASSISTENZA PUBBLICA
 DI SALSOMAGGIORE TERME

DOMANDA DI AMMISSIONE

SUBORDINATA ALLA FREQUENTAZIONE E SUPERAMENTO DELLE PROVE
 TEORICO-PRATICHE DEL
 "CORSO DI FORMAZIONE PER NUOVI VOLONTARI"

IO SOTTOSCRITT_ _____

NAT_ IL ____/____/____ A _____ (____)

STATO _____ CODICE FISCALE _____

RESIDENTE A _____ (____) CAP _____

VIA/PIAZZA _____ N. _____

TELEFONO _____ CELLULARE _____

E-MAIL _____ @ _____

PROFESSIONE FACOLTATIVA) _____

PATENTE DI GUIDA CATEGORIA _____ N. _____

SCADENZA ____/____/____



CHIEDO

A CODESTO **CONSIGLIO DIRETTIVO** DI POTER FREQUENTARE IL

“CORSO OBBLIGATORIO PER NUOVI VOLONTARI”

E DI ENTRARE A FAR PARTE DELL' ASSISTENZA PUBBLICA DI SALSOMAGGIORE TERME,
CONSAPEVOLE CHE LA MIA OPERA SARÀ PRESTATATA GRATUITAMENTE.

A TAL FINE, SOTTO LA MIA RESPONSABILITÀ, CONSENTENDO L'AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI FORNITI IN OTTEMPERANZA ALLA LEGGE 196/03,

DICHIARO

- **DI ESSERE IMMUNE DA PRECEDENTI
E PENDENZE PENALI**

- DI CONOSCERE LO STATUTO E IL REGOLAMENTO DELL'ASSOCIAZIONE, AVENDONE PRESO VISIONE E DI IMPEGNARMI A RISPETTARLI (COPIA DI QUESTI DOCUMENTI SONO VISIONABILI IN SEDE)

SALSOMAGGIORE TERME, LI __/__/__

IN FEDE _____



L' ASSOCIAZIONE 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.

QUESTI DEVONO FREQUENTARE PERIODICI CORSI DI AGGIORNAMENTO PER UN MONTE ORE DECRETATO DALLE AUTORITÀ SANITARIE REGIONALI, SECONDO IL LORO INQUADRAMENTO OPERATIVO.

IL PERCORSO FORMATIVO SI ARTICOLA IN UNA SERIE DI CORSI, PREVISTI DALL' ACCREDITAMENTO ANPAS, CHE PERMETTERANNO IL TUO INSERIMENTO IN ASSOCIAZIONE, ATTENTAMENTE SEGUITO DAGLI ISTRUTTORI INTERNI.

**SPAZIO RISERVATO AL CONSIGLIO DIRETTIVO
DELL' ASSISTENZA PUBBLICA DI SALSOMAGGIORE TERME**

IL CONSIGLIO DIRETTIVO, NELLA SEDUTA ODIERNA, SULLA BASE DELLA RELAZIONE DEL RESPONSABILE DELLA FORMAZIONE, SULL'ESITO DEL CORSO OBBLIGATORIO E SENTITO I PARERI DEL DIRETTORE SANITARIO, IN MODO INSINDACABILE,

DECIDE

<ul style="list-style-type: none"> • DI ACCOGLIERE LA DOMANDA D' AMMISSIONE E DI ISCRIVERE IL NOMINATIVO DEL NUOVO VOLONTARIO NELL' ALBO DELL' ASSOCIAZIONE 	
---	--

<ul style="list-style-type: none"> • DI NON ACCOGLIERE LA DOMANDA D' AMMISSIONE 	
---	--


IL SEGRETARIO

IL PRESIDENTE

SALSOMAGGIORE TERME, LI ____/____/____



INFORMAZIONI UTILI


 PUOI INDICARE IL GIORNO DELLA SETTIMANA CHE SCEGLIERESTI PER SVOLGERE IL TURNO DI SERVIZIO?

LUNEDÌ	MARTEDÌ	MERCOLEDÌ	GIOVEDÌ	VENERDÌ	SABATO	DOMENICA
--------	---------	-----------	---------	---------	--------	----------


 IN QUALI ORE DEL GIORNO INTENDI DARE LA TUA DISPONIBILITÀ?

- TURNO MATTINO - ORARIO 6.30/13.00
- TURNO POMERIGGIO - ORARIO 13.00/20.00
- TURNO NOTTE- ORARIO 20.00/6.30
- TUTTI E TRE
- ALTRO _____


 SARESTI EVENTUALMENTE DISPONIBILE A SVOLGERE IL TURNO DI SERVIZIO NEL GIORNO IN CUI L' ASSOCIAZIONE HA MAGGIOR BISOGNO?

- SI
- NO


 CON UNA PROGRAMMAZIONE ALMENO SEMESTRALE, SARESTI DISPONIBILE A SVOLGERE IL TURNO DI SERVIZIO IN UN GIORNO FESTIVO?

- SI
- NO

TALI INFORMAZIONI SONO SOLO A SCOPO STATISTICO.



ASSISTENZA PUBBLICA

SALSOMAGGIORE TERME

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Art. 13 D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196

"Codice in materia di protezione dei dati personali"

L'Associazione Assistenza Pubblica Salsomaggiore Terme, titolare del trattamento, informa che i dati personali, anche eventualmente sensibili qualora si riferiscano ad esempio allo stato di salute, liberamente forniti, potranno essere trattati sia con strumenti elettronici sia su supporto cartaceo.

I dati personali potranno in ogni caso essere utilizzati da specifici incaricati dell'Associazione nonché, ove occorra, dal Direttore Sanitario.

Alcuni dati potranno essere comunicati:

- ad Imprese di assicurazione, per polizze obbligatorie
- ad Enti pubblici e privati per gli adempimenti previsti da normative vigenti
- al Direttore sanitario, per le verifiche e gli adempimenti di legge

I dati raccolti non saranno diffusi a terzi al di fuori dei casi sopra specificati.

Ai sensi degli art. 24 comma 1.h e art. 26 comma 4 a questa informativa è da ritenersi esaustiva anche nei confronti degli obblighi di raccolta del consenso dei Soci Volontari.

Le richieste di esercizio dei diritti previsti dal Codice a favore dell'interessato (art. 7 e ss D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196: ad esempio, accesso, cancellazione, aggiornamento, rettifica, integrazione, ecc.) possono essere rivolte al Titolare del trattamento, Cantarelli Dott. Gianluca in qualità di Presidente Pro-Tempore dell'Associazione Pubblica Assistenza Salsomaggiore Terme, con sede in Salsomaggiore Terme, Lungo Parco Mazzini n.11, Tel. 0524572408, apsalso@gmail.com

E' altresì designato il **Responsabile del Trattamento** (*Saglia Giovanni*), che può essere contattato ai recapiti suindicati.

Ai medesimi recapiti può essere richiesto l'elenco completo ed aggiornato di tutti i Responsabili del trattamento eventualmente nominati.

SALSOMAGGIORE TERME, LI ___/___/___ in Fede _____



DOCUMENTI DA PRESENTARE CON LA DOMANDA D'AMMISSIONE

ALL'ATTO DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA D'AMMISSIONE DOVRAI ALLEGARE I SEGUENTI DOCUMENTI CHE FORMERANNO PARTE INTEGRANTE DEL FASCICOLO

- 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
- COPIA DELLA **PATENTE DI GUIDA** (SE IN POSSESSO)
- **N. 2 FOTO** IN FORMATO TESSERA
- FAR COMPILARE DAL PROPRIO MEDICO CURANTE, L'ALLEGATO MODULO **"NOTIZIE SULLO STATO DI SALUTE"** (CERTIFICATO MEDICO), CHE DOVRÀ ESSERE CONSEGNATO IN BUSTA ALL'ASSOCIAZIONE E LA CUI APERTURA SARÀ EFFETTUATA ESCLUSIVAMENTE DAL DIRETTORE SANITARIO DELL'ASSOCIAZIONE **MAROSI DR. CRISTINA**
- INFINE, RITORNARCI UNA COPIA SOTTOSCRITTA DELL'AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 DEL D.LGS. 30 GIUGNO 2003, N. 196, CHE TROVERAI ALLEGATA ALLA PRESENTE

NELLA SPERANZA DI POTERTI AVERE TRA I NOSTRI VOLONTARI, SEGNO CHE AVRAI MATURATO UNA SCELTA DI IMPEGNO SOCIALE DI INDUBBIO VALORE, RESTIAMO A TUA DISPOSIZIONE PER OGNI ULTERIORE CHIARIMENTO.

PER INFORMAZIONI CONTATTARE IL **CELL. 366 6886773**
O INVIARE MAIL A **FORMAZIONESALSOAP@GMAIL.COM**

IL CONSIGLIO DIRETTIVO

CERTIFICATO MEDICO

SPETT.LE
ASSISTENZA PUBBLICA
DI SALSOMAGGIORE TERME
LUNGO P.CO MAZZINI, 11
43039 SALSOMAGGIORE T. (PR)

CON LA PRESENTE

IO SOTTOSCRITTO DOTT. _____

DICHIARO

CHE IL/LA SIG./SIG. RA _____

NATA A _____ IL _____

E RESIDENTE A _____

IN VIA _____

DA ME VISITATO/A IN DATA ODIERNA,

È FISICAMENTE E PSICOLOGICAMENTE IDONEO/A

ALLO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ DI

SOCCORRITORE-AUTISTA VOLONTARIO

A BORDO DI AMBULANZA.

DISTINTI SALUTI.

SALSOMAGGIORE TERME, LI ____/____/____ (TIMBRO E FIRMA MEDICO CURANTE)