

**Pubblica Assistenza
Salsomaggiore
Terme Odv**



DOMANDA DI AMMISSIONE

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

**AL
CONSIGLIO DIRETTIVO
PUBBLICA ASSISTENZA
SALSOMAGGIORE
TERME ODV**



DATI ANAGRAFICI

IO SOTTOSCRITTO/A

COGNOME _____ NOME _____

NAT_ IL ____/____/____

A _____ (____) STATO _____

CODICE FISCALE _____

RESIDENTE A _____ (____) CAP _____

VIA/PIAZZA _____ N. _____

CELLULARE _____

E-MAIL _____ @ _____

(PROFESSIONE FACOLTATIVA) _____

PATENTE DI GUIDA

CATEGORIA _____ N. _____

EMESSA IL ____/____/____

SCADENZA IL ____/____/____

CHIEDO

DI POTER FREQUENTARE IL "CORSO OBBLIGATORIO PER NUOVI VOLONTARI" E DI ENTRARE A FAR PARTE DELLA PUBBLICA ASSISTENZA SALSOMAGGIORE TERME ODV, CONSAPEVOLE CHE LA MIA OPERA SARÀ PRESTATATA GRATUITAMENTE.

A TAL FINE, IL SOTTOSCRITTO/A AUTORIZZA IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL D. LGS 30-06-2003 N. 196

SALSOMAGGIORE T., ____/____/____ IN FEDE _____

PER INFORMAZIONI 366 688 6773

Pubblica Assistenza
Salsomaggiore
Terme Odv



DOMANDA DI AMMISSIONE

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

AL
CONSIGLIO DIRETTIVO
PUBBLICA ASSISTENZA
SALSOMAGGIORE
TERME ODV

AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZA DI CONDANNE PENALI (ART. 46 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N. 445)

COPIA PER
ASSOCIAZIONE

IO SOTTOSCRITTO/A

COGNOME _____ NOME _____

NAT_ IL ____/____/____

A _____ (____) STATO _____

RESIDENTE A _____ (____) CAP _____

VIA/PIAZZA _____ N. _____

CONSAPEVOLE CHE CHIUNQUE RILASCIAMOCI DICHIARAZIONI MENDACI E' PUNITO AI SENSI DEL
CODICE PENALE E DELLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA, AI SENSI E PER GLI EFFETTI DI CUI ALL'ART.
46 D.P.R. N. 445/2000

DICHIARA DI

- NON AVER RIPORTATO CONDANNE PENALI E DI NON ESSERE DESTINATARIO DI PROVVEDIMENTI CHE RIGUARDANO L'APPLICAZIONE DI MISURE DI PREVENZIONE, DI DECISIONI CIVILI E DI PROVVEDIMENTI AMMINISTRATIVI ISCRITTI NEL CASELLARIO GIUDIZIALE AI SENSI DELLA VIGENTE NORMATIVA;
- DI NON ESSERE A CONOSCENZA DI ESSERE SOTTOPOSTO A PROCEDIMENTI PENALI

IL/LA SOTTOSCRITTO/A AUTORIZZA IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, AI SENSI DEL D. LGS 30/06/2003 N. 196.

ESENTE DA IMPOSTA DI BOLLO AI SENSI DELL'ART. 37 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445.

SALSOMAGGIORE T., ____/____/____ IN FEDE _____

ASSENZA DI
CONDANNE
PENALI

PER INFORMAZIONI 366 688 6773

<p>Pubblica Assistenza Salsomaggiore Terme Odv</p> 	<h1>DOMANDA DI AMMISSIONE</h1> <p>SUBORDINATA ALLA FREQUENTAZIONE E SUPERAMENTO DELLE PROVE TEORICO-PRATICHE DEL “CORSO DI FORMAZIONE PER NUOVI VOLONTARI SOCCORRITORI”</p>	<p>AL CONSIGLIO DIRETTIVO PUBBLICA ASSISTENZA SALSOMAGGIORE TERME ODV</p>
---	---	--

<div style="border: 2px solid red; transform: rotate(-15deg); padding: 5px; display: inline-block;"> COPIA PER ASSOCIAZIONE </div> <p>INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI</p>	<h3 style="text-align: center;">INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI</h3> <p>AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE N. 2016/679 E DELLA NORMATIVA NAZIONALE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI APPLICABILE AL TEMPO DELLA PRESENTE INFORMATIVA (CONGIUNTAMENTE, LA “NORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI”) E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI.</p> <p>LA PUBBLICA ASSISTENZA SALSOMAGGIORE TERME ODV, NELLA PERSONA DEL TITOLARE DEL TRATTAMENTO, INFORMA CHE I DATI PERSONALI LIBERAMENTE FORNITI POTRANNO ESSERE TRATTATI SIA CON STRUMENTI ELETTRONICI SIA SU SUPPORTO CARTACEO.</p> <p>I DATI PERSONALI POTRANNO IN OGNI CASO ESSERE UTILIZZATI DA SPECIFICI INCARICATI DELL'ASSOCIAZIONE NONCHÉ', OVE OCCORRA, DAL DIRETTORE SANITARIO.</p> <p>ALCUNI DATI POTREBBERO ESSERE COMUNICATI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>I DATI RACCOLTI NON SARANNO DIFFUSI A TERZI AL DI FUORI DEI CASI SOPRA CITATI.</p> <p>LEI POTRÀ ESERCITARE I DIRITTI RICONOSCIUTI DALLA NORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI (AD ESEMPIO ACCESSO, CANCELLAZIONE, AGGIORNAMENTO, RETTIFICA, INTEGRAZIONE, ECC.) INVIANDO UN MESSAGGIO DI POSTA ELETTRONICA ALL'INDIRIZZO DEL TITOLARE DEL TRATTAMENTO, PUBBLICA ASSISTENZA SALSOMAGGIORE TERME ODV, CON SEDE IN SALSOMAGGIORE TERME, LUNGOPARCO MAZZINI 11 INFO@APSALSO.ORG</p> <p>AI MEDESIMI RECAPITI PUÒ ESSERE RICHiesto L'ELENCO COMPLETO AGGIORNATO DI TUTTI I RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO EVENTUALMENTE NOMINATI.</p> <p style="text-align: center;">SALSOMAGGIORE T., ___/___/___ IN FEDE _____</p>
---	---

PER INFORMAZIONI 366 688 6773

Pubblica Assistenza
Salsomaggiore
Terme Odv



DOMANDA DI AMMISSIONE

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

AL
CONSIGLIO DIRETTIVO
PUBBLICA ASSISTENZA
SALSOMAGGIORE
TERME ODV

SPAZIO RISERVATO AL CONSIGLIO DIRETTIVO DELLA PUBBLICA ASSISTENZA SALSOMAGGIORE TERME ODV

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

- DI **ACCOGLIERE** LA DOMANDA D'AMMISSIONE E DI ISCRIVERE IL NOMINATIVO DEL NUOVO VOLONTARIO NELL'ALBO DELL'ASSOCIAZIONE

- DI **NON** ACCOGLIERE LA DOMANDA D'AMMISSIONE

IL SEGRETARIO
BARBARA TUBERTI

IL PRESIDENTE
DOTT. GIANLUCA CANTARELLI

SALSOMAGGIORE T., ___/___/___

IN FEDE _____

PER INFORMAZIONI 366 688 6773

<p>Pubblica Assistenza Salsomaggiore Terme Odv</p> 	<h1 style="text-align: center;">DOMANDA DI AMMISSIONE</h1> <p style="text-align: center;">SUBORDINATA ALLA FREQUENTAZIONE E SUPERAMENTO DELLE PROVE TEORICO-PRATICHE DEL "CORSO DI FORMAZIONE PER NUOVI VOLONTARI SOCCORRITORI"</p>	<p style="text-align: center;"><i>AL</i> <i>CONSIGLIO DIRETTIVO</i> <i>PUBBLICA ASSISTENZA</i> <i>SALSOMAGGIORE</i> <i>TERME ODV</i></p>
---	---	--

<p style="transform: rotate(-45deg); background-color: yellow; padding: 5px;">COPIA PER IL VOLONTARIO</p> <p>DOCUMENTI DA PRESENTARE CON LA DOMANDA</p>	<p style="background-color: yellow;">DOCUMENTI DA PRESENTARE CON LA DOMANDA DI AMMISSIONE</p> <p>ALL'ATTO DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE DOVRAI ALLEGARE I SEGUENTI DOCUMENTI CHE FORMERANNO PARTE INTEGRANTE DEL FASCICOLO</p> <ul style="list-style-type: none"> • FAR COMPILARE DAL PROPRIO MEDICO CURANTE, L'ALLEGATO MODULO "CERTIFICATO ANAMNESTICO" CHE DOVRÀ ESSERE CONSEGNATO IN BUSTA CHIUSA ALL'ASSOCIAZIONE E LA CUI APERTURA SARÀ EFFETTUATA ESCLUSIVAMENTE DAL DIRETTORE SANITARIO DELL'ASSOCIAZIONE MAROSI DR. CRISTINA • FOTOCOPIA DELLA CARTA D'IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ • COPIA DELLA PATENTE DI GUIDA (SE IN POSSESSO) • N. 1 FOTO IN FORMATO TESSERA • PER I CITTADINI STRANIERI O NON COMUNITARI, FOTOCOPIA DEL PASSAPORTO E DEL PERMESSO DI SOGGIORNO IN CORSO DI VALIDITÀ <p>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.</p> <p>PER INFORMAZIONI CONTATTARE IL CELL. 366 688 6773</p> <p>O INVIARE MAIL A FORMAZIONE@APSALSO.ORG</p> <p>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.</p> <p>QUESTO RICONOSCIMENTO COMPORTA PER L'ASSOCIAZIONE UN CONTINUO MONITORAGGIO DEI LIVELLI DI FORMAZIONE DEI PROPRI VOLONTARI.</p> <p>QUESTI DEVONO FREQUENTARE PERIODICI CORSI DI AGGIORNAMENTO PER UN MONTE ORE DECRETATO DALLE AUTORITÀ SANITARIE REGIONALI, SECONDO IL LORO INQUADRAMENTO OPERATIVO.</p> <p>IL PERCORSO FORMATIVO SI ARTICOLA IN UNA SERIE DI CORSI, PREVISTI DALL'ACCREDITAMENTO ANPAS, CHE PERMETTERANNO IL TUO INSERIMENTO IN ASSOCIAZIONE, ATTENTAMENTE SEGUITO DA FORMATORI INTERNI ACCREDITATI PRESSO IL CENTRO DI FORMAZIONE REGIONALE.</p>
---	--

PER INFORMAZIONI 366 688 6773



CERTIFICATO ANAMNESTICO PER VALUTAZIONE DI IDONEITA' alle mansioni di volontario della Pubblica Assistenza
da compilare a cura del proprio medico curante

I dati riportati sono soggetti al segreto professionale e tutelati ai sensi della normativa in materia di riservatezza dei dati personali.

COGNOME _____ NOME _____

DATA NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____

PROFESSIONE _____ CELLULARE _____

AFFEZIONI CARDIOVASCOLARI: NO PREGRESSA IN ATTO

da specificare PATOLOGIA E FARMACI:

.....

DIABETE: NO SI

.....

.....

Trattamento con insulina: NO SI

da specificare PATOLOGIA E FARMACI:

.....

MALATTIE ENDOCRINE: NO PREGRESSA IN ATTO

da specificare PATOLOGIA E FARMACI:

.....

MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO: NO PREGRESSA IN ATTO

Centrale.....

Periferico.....

Postumi invalidanti.....

Epilessia.....

Altre.....

da specificare PATOLOGIA E FARMACI:.....

TURBE PSICHICHE: NO PREGRESSA IN ATTO

Da malattie.....

Da traumatismi.....

Post-operatorie.....

Da ritardo mentale grave.....

Da psicosi.....

Della personalità.....

da specificare PATOLOGIA E FARMACI:.....

SOSTANZE PSICOATTIVE:

NO PREGRESSA IN ATTO

Abuso di alcool

Uso di stupefacenti

Uso di sostanze psicotrope

Dipendenza da alcool

Dipendenza da stupefacenti

Dipendenza da sostanze psicotrope

da specificare PATOLOGIA E FARMACI:.....

MALATTIE DEL SANGUE:

NO PREGRESSA IN ATTO

da specificare PATOLOGIA E FARMACI:
.....
.....

MALATTIE DELL'APPARATO OSTEO -ARTICOLARE:

NO PREGRESSA IN ATTO

da specificare PATOLOGIA E FARMACI:
.....

MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO:

NO PREGRESSA IN ATTO

da specificare PATOLOGIA E FARMACI:
.....

MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE:

NO PREGRESSA IN ATTO

da specificare PATOLOGIA E FARMACI:
.....

Il sottoscritto afferma di aver fornito al proprio medico dichiarazione veritiera in merito alle malattie di cui sopra e si impegna a segnalare al Direttore Sanitario della P.A. qualsiasi variazione importante delle proprie condizioni di salute.

_____, li _____

Firma e timbro lineare del Medico curante

Si rilascia gratuitamente, per gli usi consentiti dalla legge (DM 28.02.83).

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

**A cura del Direttore Sanitario della Pa Salsomaggiore Terme ODV
GIUDIZIO SULL'IDONEITA' PSICO-FISICA**

Il Direttore Sanitario della
PA Salsomaggiore Terme Odv
Dott.ssa Cristina Marosi



PUBBLICA ASSISTENZA SALSOMAGGIORE TERME ODV

Lungo Parco Mazzini, 11 - 43039 Salsomaggiore Terme (Pr) - **Codice Fiscale 82003570346**
formazione@apsalso.org - telefono 366 6886773

CERTIFICATO ANAMNESTICO PER VALUTAZIONE DI IDONEITA' alle mansioni di volontario della Pubblica Assistenza da compilare a cura del proprio medico curante

I dati riportati sono soggetti al segreto professionale e tutelati ai sensi della normativa in materia di riservatezza dei dati personali.

COGNOME _____ NOME _____

DATA NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____

PROFESSIONE _____ CELLULARE _____

AFFEZIONI CARDIOVASCOLARI: NO PREGRESSA IN ATTO

da specificare PATOLOGIA E FARMACI:

.....

DIABETE: NO SI

.....

.....

Trattamento con insulina: NO SI

da specificare PATOLOGIA E FARMACI:

.....

MALATTIE ENDOCRINE: NO PREGRESSA IN ATTO

da specificare PATOLOGIA E FARMACI:

.....

MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO: NO PREGRESSA IN ATTO

Centrale.....

Periferico.....

Postumi invalidanti.....

Epilessia.....

Altre.....

da specificare PATOLOGIA E FARMACI:.....

TURBE PSICHICHE: NO PREGRESSA IN ATTO

Da malattie.....

Da traumatismi.....

Post-operatorie.....

Da ritardo mentale grave.....

Da psicosi.....

Della personalità.....

da specificare PATOLOGIA E FARMACI:.....

SOSTANZE PSICOATTIVE:

NO PREGRESSA IN ATTO

Abuso di alcool

Uso di stupefacenti

Uso di sostanze psicotrope

Dipendenza da alcool

Dipendenza da stupefacenti

Dipendenza da sostanze psicotrope

da specificare PATOLOGIA E FARMACI:.....

MALATTIE DEL SANGUE:

NO PREGRESSA IN ATTO

da specificare PATOLOGIA E FARMACI:
.....
.....

MALATTIE DELL'APPARATO OSTEO -ARTICOLARE:

NO PREGRESSA IN ATTO

da specificare PATOLOGIA E FARMACI:
.....

MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO:

NO PREGRESSA IN ATTO

da specificare PATOLOGIA E FARMACI:
.....

MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE:

NO PREGRESSA IN ATTO

da specificare PATOLOGIA E FARMACI:
.....

Il sottoscritto afferma di aver fornito al proprio medico dichiarazione veritiera in merito alle malattie di cui sopra e si impegna a segnalare al Direttore Sanitario della P.A. qualsiasi variazione importante delle proprie condizioni di salute.

_____, li _____

Firma e timbro lineare del Medico curante

Si rilascia gratuitamente, per gli usi consentiti dalla legge (DM 28.02.83).

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

**A cura del Direttore Sanitario della Pa Salsomaggiore Terme ODV
GIUDIZIO SULL'IDONEITA' PSICO-FISICA**

Il Direttore Sanitario della
PA Salsomaggiore Terme Odv
Dott.ssa Cristina Marosi