

# CORSO PER LOGISTA NBCR

## APPLICATION FORM

(BIBBIENA 08-10 GIUGNO 2018)

Il/la sottoscritto/a:					
Nato/a il		a			
Cod. Fiscale:			Componente:		
Unità C.R.I.:			Comitato Locale:		
Soccorsi Spec. <sup>(1)</sup> :			Tess. Socc. Spec. n. <sup>(2)</sup> :		
Livello sanitario: <input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Abilitazione TSSA <input type="checkbox"/> Non sanitario					
Residente in:			Via/piazza:		
Telefono:			E- mail:		
Lingue straniere:			Titolo di studio:		

### C H I E D E

#### di poter essere ammesso alla partecipazione del Corso per LOGISTA NBCR

Data \_\_\_\_\_ Il richiedente \_\_\_\_\_

Il trattamento dei dati personali è svolto nell'ambito della banca dati dell'Associazione Croce Rossa Italiana nel rispetto di quanto stabilito dal Dlgs. 196/2003 sulla tutela dei dati personali. Il trattamento dei dati, di cui si garantisce la massima riservatezza, è effettuato ai fini del corso. I dati non saranno comunicati o diffusi a terzi e per essi si potrà chiedere, in qualsiasi momento, la modifica o la cancellazione (ex art. 7 Dlgs. 196/2003)

A corredo della domanda di ammissione si chiara il seguente documento:

Attestato OPEM n° ..... conseguito il ...../...../.....
---

- (1) = indicare nel caso a quale dei soccorsi speciali si è già appartenenti
- (2) = posseduta

**Si attesta che il richiedente è in possesso dei requisiti previsti per l'ammissione al corso, in particolare da quanto stabilito dal "regolamento sulla tutela della sicurezza e della salute dei volontari", Delibera CDN 69/07 e successive, e che è autorizzato alla partecipazione dalla competente autorità.**

**Visto, si approva:**

Solo per gli appartenenti alle componenti ausiliarie delle FF.AA. e Dipendenti CRI:

Il Presidente del Comitato CRI

Timbro e firma:  <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> (Vertice di riferimento o Funzionario/Direttore)
---

Timbro e firma:  <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> (Presidente Comitato CRI)
--