



APPLICATION FORM

Corsi Attività di Emergenza

Richiesta partecipazione gara Protezione Civile "PC Contest 2018"

Anagrafica

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Nazionalità _____ Codice fiscale _____ Sesso: F M

Residenza:

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____ Prov _____

Telefono _____ Cellulare _____

Fax _____ E-Mail _____

Attività Lavorativa e qualifica: _____

Principali esperienze nell'ambito della Croce Rossa Italiana

- Area di attività principale (o dipendente) _____

Anno di iscrizione _____ Comitato di appartenenza _____

- Conseguimento titolo Operatore Settore Emergenza (OPEM):

NO SI, Mese/Anno: _____/_____ - Numero attestato OPEM: _____

- Conseguimento titolo Soccorritore Avanzato (TSSA): NO SI, Mese/Anno: _____/_____

- Appartenenza ai Soccorsi Speciali C.R.I.:

NO SI (*specificare* SMTS / OPSA / NBCR / TLC): _____

- Patenti/abilitazioni di guida in corso di validità (C.R.I. Art.138 CdS):



Altre qualifiche acquisite nel settore Attività Emergenza C.R.I. - Area III

Corsi di Coordinamento

- Coord.Loc.1°Liv. (o **Capo Squadra**) Coord.Prov.2°Liv. Coord.Reg.3°Liv.

Corsi di Specializzazione

- CSP-A **Operatore di Sala Operativa C.R.I.**
 CSP-B **Cartografia, orientamento, sistemi GPS**
 CSP-C Operatore di supporto alla ristorazione in emergenza
 CSP-D Logistica
 CSP-E Censimento delle esigenze della popolazione in emergenza
 CSP-G Operatore telecomunicazioni in emergenza
 CSP-J Team building
 CSP-IPC Istruttore P.C.

Corsi di Alta Specializzazione

- CASP-H Emergency Manager
 CASP-I WASH 1 – pulizia, igiene, disinfezione in emergenza
 CASP-L Specialista sistemi TLC
 CASP-M WASH 2 – acqua potabile in emergenza
 CASP-O Campo Management
 CASP-FPC Formatore P.C.

Principali esperienze nel settore Attività Emergenza della C.R.I.

Emergenze (locali/regionali/nazionali/internazionali) - *specificare durata permanenza e ruolo ricoperto*

Qualifiche acquisite nel settore sanitario C.R.I. - Area I (specificare)

Il sottoscritto, ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003 autorizza la Croce Rossa Italiana al trattamento dei dati personali contenuti nel presente modulo, ai fini dell'organizzazione delle attività formative previste.

Data ____ / ____ / ____

Firma _____