



Protocollo n:

Compilare in maniera chiara in ogni sua parte ed inviare via E-mail o Fax.

Scheda di partecipazione

Cognome _____

Nome _____

Età _____

Numero tel personale _____

Comitato d'appartenenza _____

Indirizzo Comitato _____

Numero tel e fax Comitato _____

Qualifica	SOCCORRITORE BASE	SI	NO
	SOCCORRITORE AVANZATO	SI	NO
	PATENTE B CRI (4)	SI	NO
	PATENTE B/E CRI (5)	SI	NO

BREVETTI E QUALIFICHE _____

ESPERIENZA EMERGENZA URGENZA **SI** **NO**

PERIODO DI PARTECIPAZIONE: Da / / a / /

dichiaro di essere in possesso dei requisiti richiesti e di accettare la comunicazione e rispettare i servizi che saranno assegnati nonché le disposizioni interne vigenti del Comitato Locale CRI di San Marcello P.se.

Mi impegno altresì, nel caso ci fossero impedimenti nell'espletamento degli impegni presi con il Comitato Locale CRI di San Marcello P.se, a farmi sostituire da un collega o a comunicarlo tempestivamente.

DATA ____/____/____

Il Volontario

Timbro e firma del Presidente del Comitato

informativa ai sensi della legge 31 dicembre 1996 numero 675. In base a quanto disposto dalla normativa vigente sulla privacy la Croce Rossa di San Marcello P.se garantisce la massima riservatezza dei dati da Lei comunicati. Li stessi saranno usati esclusivamente per le attività operative dell'associazione.

Firma per consenso
Il volontario