



COMUNE DI CESENA

Settore **TUTELA AMBIENTE E TERRITORIO**
Servizio **TUTELA TERRITORIO - PROTEZIONE CIVILE**
Ufficio **PROTEZIONE CIVILE**

Piazza del Popolo 10 - 47521 Cesena
Tel: 0547.356365 - Fax 0547.356457
E-mail: ceccarelli_c@comune.cesena.fc.it
E-mail: protezionecivile@comune.cesena.fc.it

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL "GRUPPO COMUNALE VOLONTARI DI PROTEZIONE CIVILE" DEL COMUNE DI CESENA

Il sottoscritto _____

chiede di essere iscritto nell'elenco dei volontari di protezione civile del "Gruppo comunale Volontari di Protezione Civile" del Comune di Cesena.

A tal fine dichiara:

- di essere consapevole che il servizio dovrà essere svolto con dedizione, continuità e senza fini di lucro
- di aver preso atto di quanto previsto nel Regolamento del Gruppo comunale e di impegnarmi all'osservanza dello stesso
- di essere / non essere (*depenare*) iscritto ad altro Gruppo o Associazione di Volontariato (*in caso di risposta positiva compilare apposto campo nella successiva sezione C*)
- di essere di sana e robusta costituzione, come da certificato allegato
- ai sensi dell'art. 46 lett. aa) D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445, di non aver riportato condanne penali, di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione e di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali.

Ciò premesso, in fede e sotto la mia responsabilità, comunico i seguenti dati:

Nome e Cognome : _____

Luogo e data di nascita : _____

Residenza/domicilio : _____ cap _____

Recapiti telefonici:

abitazione	_____
cellulare	_____
ufficio	_____
fax	_____
e-mail	_____

segue sul retro



COMUNE DI CESENA

Settore **TUTELA AMBIENTE E TERRITORIO**
Servizio **TUTELA TERRITORIO - PROTEZIONE CIVILE**
Ufficio **PROTEZIONE CIVILE**

Piazza del Popolo 10 - 47521 Cesena
Tel: 0547.356365 - Fax 0547.356457
E-mail: ceccarelli_c@comune.cesena.fc.it
E-mail: protezionecivile@comune.cesena.fc.it

- A - STUDI SVOLTI E PROFESSIONE

Titolo di studio : _____

Eventuali esperienze formative : _____

Professione : _____ codice fiscale _____

Qualifica : _____

Datore e sede di lavoro _____

- B - EVENTUALI SPECIALIZZAZIONI

Patenti automobilistiche : _____

Altre patenti : _____

Brevetti : _____

Corsi primo soccorso : _____

Corso addetto all'emergenza antincendio : _____

Altre abilitazioni : _____

- C - ULTERIORI INFORMAZIONI

Associazione o Gruppo di volontariato di appartenenza _____

Gruppo/Associazione prioritaria in caso di emergenze _____

Altre informazioni utili (diete particolari, assunzione di farmaci, ecc...) : _____

Data _____

Firma

Allegati: - fotocopia di valido documento di identità
- certificato medico
- altro _____

Informazione ex articolo n.13 Decreto Legislativo n. 196 del 2003: il sottoscritto dichiara di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo gli competono tutti i diritti previsti dall'articolo n.7 del medesimo Decreto.