



FRATERNITA DI MISERICORDIA FLORIDIA (SR)

Foto

Matr.

Io sottoscritto/a _____ nat__ a _____
il _____ abitante in Via _____, nr. _____
comune _____ Cap _____ Parrocchia di _____ Tel _____
professione _____ titolo di studio _____
sport/hobby _____ Gruppo sanguigno _____ Patente nr. _____
cell: _____ e-mail _____ Allergie: _____
Vaccinazioni: Antitetanica _____ Anti-Epatite tipo _____ Antitifica _____

CHIEDO

di essere ammesso come Socio/Volontario Occasionale della Fraternalita di Misericordia di Florida, in qualità di “**Fratello Aspirante**”, dello Statuto. Prendo, inoltre, atto che per essere ammesso dovrò prestare almeno 12 mesi di servizio, alle stesse condizioni dei Volontari Attivi. Dichiaro di accettare lo Statuto dell’Associazione, i regolamenti interni, di prestare la mia opera di volontario gratuitamente e di osservare ovunque un comportamento in linea con la professione di fede cattolica e con le leggi dello Stato, in particolare rispettando la “legge sul volontariato” nr. 266/1991.

e di poter operare nei seguenti settori:

CENTRALE OPERATIVA.....

PROTEZIONE CIVILE

PRONTO SOCCORSO

ASSISTENZA INFERMI

In Base all’art.12 dello statuto il Magistrato non è tenuto a dare motivazioni alla delibera adottata. Nel caso di mancata accettazione della presente domanda..

DICHIARAZIONE DEL MEDICO

Il sottoscritto Dr. _____ dichiara che la persona è idonea, sotto il profilo fisico, alle mansioni di volontario attivo (Centralinista, Barelliere;Autista) da svolgere presso codesta associazione

Florida li _____

(Timbro e Firma)

Data _____

In fede

Informo inoltre di:

⇒ Esser stato presentato da: _____

La Segreteria

MODULO DI RICEVUTA E CONSENSO

- **Informativa per i Volontari** (Art.13 D.Lgs. n. 196/2003);

Il sottoscritto conferisce il proprio **consenso alla comunicazione/diffusione** di **Dati Personali comuni** e alla **comunicazione di Dati Personali sensibili**, ai soggetti elencati in “ambiti di comunicazione” della sopraccitata **informativa** ed in particolare a:

Do il consenso per la comunicazione a:

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| • Alla Confederazione Nazionale delle Misericordie | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| • Alla Compagnia Assicurativa Convenzionata | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| • All’Azienda Sanitaria Locale di Siracusa | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| • Alle Forze di Polizia e Organi Giudiziari | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |

Do il consenso per la diffusione a:

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| • Cerimonie e feste sociali | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| • Attività sociali | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| • Su organi di stampa | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |

Data _____

Nome e Cognome _____ Firma _____

DOMANDA NON ACCOLTA **DOMANDA ACCOLTA**
IL _____

CORSO ACCOGLIENZA _____ **IL** _____

Incontro Segretario/Governatore ____/____/____

Data Vestizione ____/____/____