



CITTÀ DI PAULLO

Amministrazione destinataria  
Comune di Paullo

Ufficio destinatario  
Ufficio lavori pubblici e demanio

## Domanda di iscrizione al gruppo intercomunale di volontari di protezione civile Paullo-Tribiano

Il sottoscritto				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Residenza				
Provincia	Comune		Indirizzo	Civico    CAP
Telefono fisso		Telefono cellulare	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

### CHIEDE

di essere iscritto al gruppo intercomunale dei volontari di protezione civile, con la seguente possibilità di raggiungimento della sede operativa di coordinamento in caso di stato di emergenza

<input checked="" type="checkbox"/> <b>da casa</b>	
Dalle ore	Alle ore
Nei giorni	
Tempo di raggiungimento	
Località di provenienza	
<input type="checkbox"/> <b>dalla sede lavorativa</b>	
Dalle ore	Alle ore
Nei giorni	
Tempo di raggiungimento	
Località di provenienza	
<input type="checkbox"/> <b>da altra sede</b> (specificare)	
Dalle ore	Alle ore
Nei giorni	
Tempo di raggiungimento	
Località di provenienza	

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

### DICHIARA

- di voler prestare la propria opera in modo volontario e gratuito
- di non avere malattie o handicap che possano pregiudicare la propria incolumità nello svolgimento dell'attività di protezione civile
- di sottoporsi alle verifiche periodiche previste dal Decreto Legislativo 09/04/2008, n. 81 e alle eventuali vaccinazioni con i periodici richiami che verranno prescritte
- di non aver avuto e di non avere in corso condanne e/o procedimenti penali incidenti negativamente nelle relazioni con la Pubblica Amministrazione o potenzialmente lesivi dell'immagine della Pubblica Amministrazione
- di non avere in corso procedimenti penali e di non aver subito condanne penali che impediscano lo svolgimento di un pubblico servizio così come previsto dall'articolo 358 del Codice Penale
- di essere operativo a favore della sola organizzazione di protezione civile sopracitata, come previsto dall'articolo 6, comma 1 del Regolamento Regionale 18/10/2010, n. 9
- di aver preso visione del Regolamento comunale e di accettarlo integralmente senza riserve
- di essere disposto a frequentare i corsi di preparazione e di aggiornamento professionale
- di essere stato informato dal coordinatore durante il colloquio preliminare sulle attività del gruppo
- di dare la sua disponibilità ad operare nel gruppo di protezione civile:
  - presenziando alle riunioni settimanali di gruppo
  - partecipando alle sessioni di addestramento, alle esercitazioni pratiche e agli interventi sul territorio, purchè non in contrasto con attività lavorative o seri impedimenti
  - sviluppando i programmi e gli obiettivi concordati con puntualità e professionalità
  - cooperando con tutti i componenti del gruppo nel perseguire gli obiettivi della protezione civile
- di comunicare ogni eventuale cambio della residenza o del luogo o modalità di reperibilità
- di essere disponibile ad eventuali interventi, su semplice richiesta telefonica, ad ogni ora del giorno e delle notte
- in caso il sottoscrittore sia di sesso femminile, di informare tempestivamente il medico competente dell'eventuale stato di gravidanza
- di avere gruppo sanguineo

Tipo	RH

- di essersi sottoposto alle seguenti vaccinazioni con i periodici richiami

Tipologia	Data
<input type="checkbox"/> antitetanica (obbligatoria)	
<input type="checkbox"/> antiepatite A (consigliata)	
<input type="checkbox"/> antiepatite B (consigliata)	
<input type="checkbox"/> antitifica (consigliata)	
<input type="checkbox"/> paratifica (consigliata)	
<input type="checkbox"/> altra vaccinazione (specificare)	
<input type="checkbox"/> altra vaccinazione (specificare)	
<input type="checkbox"/> altra vaccinazione (specificare)	

- di non avere allergie o intolleranze alimentari
- di avere allergie o intolleranze alimentari indicate nel certificato medico allegato
- di essere in possesso del seguente titolo di studio

Titolo di studio	Istituto presso il quale è stato conseguito	Anno conseguimento

- di essere in possesso della patente di guida

Categoria	Numero	Data	Ente di riferimento

- di svolgere la propria attività lavorativa presso

Denominazione/Ragione sociale			Tipologia	
Sede operativa				
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	CAP



Lingua estera	Livello di conoscenza

- di essere disponibile a svolgere la propria attività in uno dei seguenti scenari di rischio

**Scenari di rischio**

<input type="checkbox"/>	eventi atmosferici avversi
<input type="checkbox"/>	rischio idrogeologico (alluvione/frane)
<input type="checkbox"/>	rischio incendio boschivo e di interfaccia AIB
<input type="checkbox"/>	rischio vulcanico
<input type="checkbox"/>	rischio chimico, nucleare, industriale, trasporti
<input type="checkbox"/>	rischio ambientale igienico-sanitario
<input type="checkbox"/>	rischio sismico

- di essere disponibile a svolgere la propria attività in uno dei seguenti scenari senza rischio

**Scenari senza rischio**

<input type="checkbox"/>	contesti di operatività ordinaria
<input type="checkbox"/>	attività sociale
<input type="checkbox"/>	attività di ricerca persone disperse e scomparse
<input type="checkbox"/>	attività formativa e informativa alla popolazione
<input type="checkbox"/>	attività assistenza per brillamento ordigni bellici
<input type="checkbox"/>	attività addestrativa

- di essere disponibile a svolgere le seguenti attività di assistenza e soccorso

**Attività di assistenza e soccorso**

<input type="checkbox"/>	in ambiente impervio, ipogeo o montano
<input type="checkbox"/>	in ambiente acquatico
<input type="checkbox"/>	soccorso tecnico urgente
<input type="checkbox"/>	di difesa civile

**Eventuali annotazioni**

**Elenco degli allegati**

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

<input type="checkbox"/>	copia del certificato medico
<input checked="" type="checkbox"/>	copia del certificato relativo alle vaccinazioni eseguite
<input checked="" type="checkbox"/>	copia del certificato di sana e robusta costituzione rilasciato dal medico curante
<input type="checkbox"/>	copia del permesso di soggiorno <i>(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)</i>
<input checked="" type="checkbox"/>	due fotografie in formato tessera <i>(da portare con sé in Comune)</i>
<input type="checkbox"/>	copia del documento d'identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

**Informativa sul trattamento dei dati personali**

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione dell'istanza.
--------------------------	---

Paullo		
Luogo	Data	Il dichiarante