

**CASTELLAZZO SOCCORSO ONLUS
AMBULANZE**

Fondata nel 1990

Sede legale in Castellazzo Bormida Via Pietro Caselli n. 69
Sede operativa di Alessandria Via Buonarroti n. 16

www.castellazzosoccorso.it

C.F. 96012790067 telefono +39 0131 270027 - Fax +39 0131 293900

Posta Certificata castellazzosoccorso@pecservizi.it email info@castellazzosoccorso.it

Domanda di ammissione

Data _____ Matricola _____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ Prov. _____ residente in _____

Via _____ n. _____ telefono abitazione _____

cellulare _____ codice fiscale _____

indirizzo email _____

in possesso di patente di guida di cat. _____ n. _____ rilasciata

il _____ dalla _____ occupato

presso _____

Rivolge domanda al fine di entrare a far parte degli operatori sanitari volontari di
Castellazzo Soccorso.

Dichiara di:

* rendersi disponibile a partecipare ai corsi sanitari impartiti dal responsabile della
formazione e di **rispettare il Regolamento di Servizio e lo Statuto.**

- * non fare uso di sostanze stupefacenti;
 - * aver preso visione dello Statuto e del Regolamento di servizio;
 - * svolgere la propria attività in forma gratuita;
 - * versare la quota di euro 50 come cauzione per la consegna del materiale vestiario che
sarà restituita all'atto della riconsegna del materiale;
 - * effettuare minimo 36 turni di servizio all'anno per mantenere lo status di volontario;
 - * partecipare a tutti i corsi di formazione indetti dall'Associazione;
- Allega: Certificato Medico di sana e robusto costituzione rilasciato dal Medico curante.

Settore di preferenza: Operatore Sanitario, Autista, Operatore TLC = _____

Il Volontario/a

Firma del genitore se minorenni

L'ammissione dell'aspirante volontario sarà subordinata al superamento di un periodo di prova
di circa tre mesi ed all'insindacabile giudizio del C.D. in merito all'attitudine del soggetto.

AUTOCERTIFICAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ codice fiscale _____

Dichiara:

* di essere residente in Via _____ a _____;

* di non avere mai avuto condannato penali e di non averne in corso.

Rilascio la presente autocertificazione consapevole delle norme di Legge in vigore e delle conseguenze per una falsa dichiarazione.

Il dichiarante

INFORMATIVA E CONSENSO UTENTI E SOGGETTI TERZI.

Gentile Signore/a I dati da Lei forniti: nome e cognome, indirizzo postale, codice fiscale e indirizzo e-mail, n. telefonico, eventuali dati sensibili relativi allo stato della sua salute, allo stato giudiziario, all'orientamento politico/religioso saranno utilizzati esclusivamente per lo svolgimento dell'attività istituzionale e/o complementari, ed in particolare: (indicare solo le voci interessate):

1. Organizzazione e gestione dei servizi richiesti;
2. Utilizzo dei dati per la contabilità dell'associazione (ricevute, fatture, rimborsi spesa, ecc.);
3. Compilazione, se richiesta, di modelli relativi ai servizi effettuati ad enti pubblici che ne facciano motivata richiesta;

Tali dati vengono trattati manualmente su supporti cartacei o a mezzo del sistema informatico, sul quale vengono conservati e sul quale sono inoltre conservati i registri e tutto quanto serve all'amministrazione della nostra Associazione, comprese le autorizzazioni al trattamento anche relative ad anni precedenti e che saranno cancellati da tale sistema nel momento in cui si sia prescritto per legge il termine per il controllo e l'accertamento degli adempimenti di cui sopra. I documenti tutti, registri, autorizzazioni, ecc. sono conservati anche nel nostro archivio informatico con l'utilizzo del sistema di archiviazione elettronica dei dati e saranno conservati per la durata richiesta dalla legge.

Precisiamo che, anche in assenza di detta richiesta, i Suoi dati potranno essere comunicati a seguito di ispezioni o verifiche all'Amministrazione Finanziaria ed agli Enti previdenziali, Agenzia delle Entrate, Ispettorato del Lavoro, ASL, Aziende Ospedaliere ed in genere a tutti gli organi preposti a verifiche e controlli circa la regolarità degli adempimenti di cui alle finalità anzi indicate.

Il trattamento dei Suoi dati sensibili e dati sanitari saranno comunicati a terzi nei limiti di quanto strettamente necessario per lo svolgimento dell'attività istituzionale, e comunque non saranno diffusi.

Il Titolare del trattamento dei dati è l'associazione CASTELLAZZO SOCCORSO ONLUS con sede in CASTELLAZZO BORMIDA Via PIETRO CASELLI N.69 CF 96012790067 (mail, scrivi@castellazzosoccorso.it tel. +39 0131 270027,) rappresentata dal signor BARBERIS Enrico in qualità di legale rappresentante.

(se necessario) L'associazione CASTELLAZZO SOCCORSO ONLUS si avvale per il trattamento di questi dati della società ITALSI srl hi-tech made in Italy Piazza IV Novembre, n. 4 – 20124 Milano info@italsi.it in qualità di Responsabile del Trattamento dati. La società Italsi srl gestisce il nostro database integrando le informazioni raccolte direttamente con quelle raccolte tramite il nostro gestionale.

I dati saranno tenuti fino a quando Lei usufruirà dei servizi della nostra associazione e per il periodo di tempo previsto dalla normativa. In qualunque momento Lei potrà chiedere per via postale o mail al Titolare del trattamento dei dati la modifica o la cancellazione dei suoi dati. La Sua richiesta sarà soddisfatta entro 15 giorni. Qualunque motivo di insoddisfazione o protesta potrà essere da Lei riportato alla Autorità Garante per la protezione dei dati personali Piazza di Montecitorio n. 121 00186 Roma tel. 06.696771. E-mail: garante@gdp.it Conoscute le finalità e le modalità di elaborazione dei dati che Le sono richiesti e sapendo che in qualsiasi momento potrà chiederne la modifica o - quando possibile - la cancellazione acconsento al loro trattamento.

Nome e Cognome: _____

Indirizzo: _____

Indirizzo e-mail: _____

Codice fiscale: _____

Telefono mobile: _____

Data e firma _____

Si autorizza al trattamento dei dati per l'invio e ricezione di circolari, inviti ad attività associative, comunicazioni a mezzo social network, messaggi, mail, sms, whatsapp

Data e firma _____