



# PUBBLICA ASSISTENZA PORTO AZZURRO

Sede operativa: 57036 PORTO AZZURRO (Isola d'Elba) -

Tel. 0565.92.02.02 -

## SCHEDA DI ADESIONE AL PROGETTO ISOLA D'ELBA SICURA VOLONTARIATO E VACANZE

Il sottoscritto:

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ data di nascita: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Luogo di nascita: \_\_\_\_\_ Abitante a: \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Associazione di appartenenza: \_\_\_\_\_

**Preso visione del Progetto "Isola d'Elba Sicura" al seguente link:**

<http://www.portoazzurrosoccorso.it/pagine-utili/progetto-isola-delba-sicura/>

**Si propone come Soccorritore volontario Autista o Trasporto Sociale per:**

**PERIODO DISPONIBILITA':** Preferibile settimana DAL \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ AL \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ (compresi)

**PATENTE** SI NO CATEGORIA \_\_\_\_\_

**ABILITAZIONE ALL'USO DEL DAE:** SI NO

**ESPERIENZA 118:** SI NO (con medico o infermiere a bordo ambulanza SI o NO)

**ALTRI BREVETTI O QUALIFICHE:** \_\_\_\_\_

**Dichiaro di essere in possesso dell'abilitazione per svolgere servizio di emergenza/urgenza in ambulanza, Trasporti Sociali, come autista o accompagnatore e di rispettare i servizi che mi saranno assegnati, nonché le disposizioni interne vigenti presso la Pubblica Assistenza di Porto Azzurro. Mi impegno altresì a comunicare tempestivamente eventuali impedimenti nell'espletamento degli impegni presi.**

Informativa ai sensi della legge sulla Privacy in base a quanto disposto dalla normativa si garantisce la riservatezza dei dati comunicati. Gli stessi saranno usati esclusivamente per le attività operative dell'associazione.

DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma del Volontario \_\_\_\_\_

**LA SCHEDA DOVRA' PERVENIRE VIA**

**EMAIL**