



## CASTELLAZZO SOCCORSO ETS

ISCRITTA AL RUNTS N. 30472 dal 1990

Sede legale in Castellazzo Bormida Via Pietro Caselli n. 69

Sede operativa di Alessandria Via Buonarroti n. 16

C.F. 96012790067- P.I.02287630061

-----

### DOMANDA DI AMMISSIONE

DATA \_\_\_\_\_ MATRICOLA \_\_\_\_\_

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_ NATO/A IL \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ RESIDENTE IN \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ TELEFONO ABITAZIONE \_\_\_\_\_

CELLULARE \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

INDIRIZZO MAIL \_\_\_\_\_

IN POSSESSO DI PATENTE DI GUIDA DI CAT. \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

RILASCIATA IL \_\_\_\_\_ DALLA \_\_\_\_\_

PROFESSIONE \_\_\_\_\_

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 vestiario che sarà restituita all'atto della riconsegna del materiale;
- Versare la quota associativa ogni anno pari a euro 1 o superiore;

telefono +39 0131 270027 - Fax +39 0131 293900

Pec: [castellazzosoccorso@pecservizi.it](mailto:castellazzosoccorso@pecservizi.it) [scrivi@castellazzosoccorso.it](mailto:scrivi@castellazzosoccorso.it)





## CASTELLAZZO SOCCORSO ETS

ISCRITTA AL RUNTS N. 30472 dal 1990

Sede legale in Castellazzo Bormida Via Pietro Caselli n. 69

Sede operativa di Alessandria Via Buonarroti n. 16

C.F. 96012790067- P.I.02287630061

-----

- 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 robusta costituzione rilasciato dal Medico curante, fotocopia documento carta di identità, codice fiscale, patente di guida.**

Settore scelto:  AUTISTA     SOCCORRITORE     OPERATORE TLC

MEDICO     INFERMIERE     AMMINISTRATIVO

**L' ammissione dell'aspirante volontario sarà subordinata al superamento del periodo di prova pari a mesi 3 (tre) ed all' insindacabile giudizio del C.D. in merito all'attitudine del soggetto.**

IL VOLONTARIO/A

FIRMA DEL GENITORE SE MINORENNE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PER ACCETTAZIONE:  
LA DIREZIONE TECNICA

\_\_\_\_\_

telefono +39 0131 270027 - Fax +39 0131 293900

Pec: [castellazzosoccorso@pecservizi.it](mailto:castellazzosoccorso@pecservizi.it) [scrivi@castellazzosoccorso.it](mailto:scrivi@castellazzosoccorso.it)

