



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 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 scrivi@castellazzosoccorso.it

