**Modulo di autocertificazione dei Volontari Temporanei: Comitato di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

II/la sottoscritto/a cognome nome

Codice Fiscale nato/a il a

prov. prov. C.A.P

Via/P.zza N° civ , e-mail

altri recapiti telefonici documento di

riconoscimento n°

rilasciato il / / da

# CHIEDE

d i diventare Socio Volontario della Croce Rossa Italiana ai sensi dell’art. 11.4 del vigente Statuto

# DICHIARA

* di aver svolto almeno cinque servizi presso il Comitato di riferimento nel periodo di emergenza COVID-19,
* di aver seguito tutti i moduli online obbligatori e facoltativi,

**SI IMPEGNA**

* a frequentare il modulo Primo Soccorso e Manovre Salvavita,
* a frequentare il modulo Formazione base in materia di Salute e Sicurezza-SIC e compilare il relativo questionario di valutazione,
* al pagamento della la quota annuale Associativa.

Luogo, data

Firma

N.B. Si allega alla presente documento di riconoscimento

rilasciato il / / da

, ad oggi in corso di validità.

***Autorizzazione al trattamento dei dati personali:***

II/la sottoscritto/a autorizzo l'Associazione della Croce Rossa Italiana al trattamento dei miei dati personali ai sensi dell’art. 13 Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e dell’art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679) ai fini delle attività istituzionali ed operative dell'Associazione.

Luogo, data

Firma