



Croce Rossa Italiana

APPLICATION FORM

CORSO FORMATORI IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO

Anagrafica (SCRIVERE IN STAMPATELLO)

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____ Sesso: F M

Luogo e data di nascita _____

Provincia _____ Nazionalità _____

Residenza:

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____ Prov _____

Telefono _____ Cellulare _____

E-Mail _____

Comitato CRI di appartenenza _____ Regione _____

Disponibilità

Disponibile ad essere impiegato per corsi su territorio nazionale: SI NO

Conoscenza della materia a seguito di formazione specifica e/o lavorativa (sintesi di tipo attività/Corsi (nr. Ore):



Croce Rossa Italiana

Esperienza di docenza in CRI:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Monitore	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Istruttore TSSA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Formatore TSSA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Istruttore Full-D	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Formatore Full-D	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Istruttore Protezione Civile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Altro	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO _____

Note _____

Il corso è in forma RESIDENZIALE.

La location e i costi di vitto ed alloggio saranno a carico del Comitato CRI di appartenenza, e verranno comunicati a seguito della conferma di ammissione al corso da parte della Commissione del Corso.

A carico di ognuno gli effetti personali.

Il sottoscritto, ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003 autorizza la Croce Rossa Italiana al trattamento dei dati personali contenuti nel presente modulo, ai fini dell'organizzazione delle attività formative previste.

Data ____/____/_____

Firma _____

Si autorizza, il Presidente del Comitato _____
(o Comandante Centro di Mobilitazione) (timbro e firma)