



Croce Rossa Italiana

SCHEDA D'ISCRIZIONE

Campo Esercitazione Capo D'Orso "Palau"

Il presente modulo dovrà essere inviato esclusivamente in formato elettronico
all'indirizzo e-mail **cr.sardegna@cri.it** o al numero di Fax **1786014547** entro e non oltre il

15/04/2013 e al Comitato di Appartenenza

Specificare l'oggetto della e-mail "Campo Palau 'Nome Cognome'"

Il/La sottoscritt_ con la compilazione della scheda chiede di partecipare al Campo Esercitazione Capo d'Orso Palau(SS)

Cognome * _____ **Nome *** _____

Luogo di Nascita * _____ **Data di Nascita *** _____

Codice Fiscale * _____

Comitato Prov * Cagliari, Oristano, Sassari, Nuoro.

Com.Loc. * Bosa, Olbia

Componente * Volontario, Corpo Militare, Infermiere Volontarie

Recapiti: **e-mail *** _____ **Cellulare *** _____

Titolo di studio: _____

Specificare eventuali Allergie * no, si, se si quali _____

Tipo Patente C.R.I. _____

(* campi obbligatori. La mancata compilazione dei campo obbligatori comporterà il mancato accoglimento della domanda di partecipazione, scrivere in stampatello leggibile!)

TITOLI C.R.I. POSSEDUTI

	Operatore	Istruttore	Formatore	Operatore	Istruttore	Formatore
BLSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prot. Civ. Liv. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P.S.T.I.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OPSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PBLSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Truccatore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Simulatore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cinofilo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitore		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A.S.A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Altri titoli inerenti alla C.R.I. già posseduti: _____

Il personale verrà alloggiato in tende da campo, offerte dalla C.R.I. del Trentino.
I partecipanti dovranno munirsi di effetti per l'igiene personale, cuscino, sacco a pelo o coperte, guanti da lavoro, divisa C.R.I. blu o rossa, scarpe antinfortunistiche.

DICHIARO DI VOLER PARTECIPARE NEL SEGUENTE PERIODO

- Addestramento settore emergenze - data: 22-24 - GIORNI 3 - APRILE 2013.
- Addestramento settore emergenze - data: 25-27 - GIORNI 3 - APRILE 2013.
- Addestramento settore emergenze - data: 22-27 Intera settimana Giorni 6 - APRILE

I Volontari avranno l'obbligo del pernottamento presso il campo, qualsiasi esigenza diversa, adeguatamente motivata, dovrà essere presentata istanza al Delegato responsabile.

Il comitato di appartenenza, se lo riterrà opportuno, potranno farsi carico delle spese di trasporto.

Per eventuali esigenze personali o qualsiasi chiarimento in merito, si invita a contattare il Delegato Sara Vacca all'e-mail del.area3@tiscali.it cell. 3475846078

Data _____

Firma _____

Il trattamento dei dati personali che ti riguardano viene svolto nell'ambito della banca dati dell'Associazione Croce Rossa Italiana nel rispetto di quanto stabilito dalle norme sulla tutela dei dati personali. Il trattamento dei dati, di cui ti garantiamo la massima riservatezza. I tuoi dati non saranno comunicati o diffusi a terzi e per essi tu potrai chiedere, in qualsiasi momento, la modifica o la cancellazione.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi delle norme sulla Privacy.

Data _____

Firma _____