



# APPLICATION FORM

PERCORSI FORMATIVI SETTORE EMERGENZA

**Corso di interesse** (apporre una croce a lato del corso di interesse)

Sede di Svolgimento Cagliari

- Operatore Emergenze (OPEM) - **14h** - data:  10-11 Nov.  24-25 Nov.  01-02 Dic.
- Coordinatore Locale Emergenze (CLE) - **24h** - data:  23-24-25 Nov.  30 Nov.01-02 Dic.
- Coordinatore Provinciale Emergenze (CPE) - **14h** - data:  01-02 Dic.
- Aggiornamento Settore Emergenze - data:  11 Nov.  25 Nov.  02 Dic.
- Aggiornamento Istruttori/Formatori di Protezione Civile - data\_\_\_\_\_DA DEFINIRSI\_\_\_\_\_

## 1 - Disponibilità

Disponibilità ad essere reperibile h24:  SI  NO

Disponibilità all'impiego, in operazioni o aggiornamenti per un periodo annuo minimo di 50 ore:  
 SI  NO

## 2- Anagrafica

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Nazionalità \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Documento: \_\_\_\_\_ Sesso: F  M

### Residenza:

Indirizzo \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare h24 (obbligatorio) \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

### Recapito per eventuali comunicazioni (se diverso dalla residenza)

Indirizzo \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Sala Operativa Regionale

**SOR SARDEGNA**  
Croce Rossa Italiana  
c/o Comitato Regionale CRI Sardegna  
Vico 2° Barone Rossi,2 - 09125 CAGLIARI (CA) - Italy  
Tel.+39 070 651715 Fax.+39 070 651543  
e-mail: sor.sardegna@cri.it



### 3 - Curriculum scolastico

Diploma Scuola superiore \_\_\_\_\_ votazione conseguita \_\_\_\_\_

Diploma di Laurea:       laureando triennio                       laureando specialistica  
                                  triennio               specialistica (biennio)               quadriennale

in \_\_\_\_\_

Titolo della tesi (specialistica/quadriennale)

\_\_\_\_\_

Studi in corso \_\_\_\_\_

Corsi extracurricolari seguiti

\_\_\_\_\_

### 4 - Lingue straniere

LINGUE STRANIERE	Scritto (suffic./buono/ottimo/ madre lingua)	Parlato (suffic./buono/ottimo/ madre lingua)	Eventuali certificazioni internazionali (riportare tipo di certificazione)
Inglese			
Spagnolo			
Tedesco			
Russo			
Arabo			
Cinese			
Francese			
Altre			

### 5 - Competenze informatiche

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sala Operativa Regionale

SOR SARDEGNA  
Croce Rossa Italiana  
c/o Comitato Regionale CRI Sardegna  
Vico 2° Barone Rossi,2 - 09125 CAGLIARI (CA) - Italy  
Tel.+39 070 651715 Fax.+39 070 651543  
e-mail: sor.sardegna@cri.it



## 6 - Esperienze di lavoro o stage (specificare tipo di ente/durata/ruolo)

A.  
Ente \_\_\_\_\_

Durata \_\_\_\_\_

Attività e Ruolo \_\_\_\_\_

B.  
Ente \_\_\_\_\_

Durata \_\_\_\_\_

Attività e Ruolo \_\_\_\_\_

## 7 - Esperienze internazionali nell'ambito dell'assistenza umanitaria, della cooperazione internazionale o della risposta ai disastri.

A.  
Paese \_\_\_\_\_

Durata \_\_\_\_\_

Evento \_\_\_\_\_

Attività e Ruolo \_\_\_\_\_

B.  
Paese \_\_\_\_\_

Durata \_\_\_\_\_

Evento \_\_\_\_\_

Attività e Ruolo \_\_\_\_\_

## 8 - Principali esperienze nazionali in attività di protezione civile o emergenza umanitaria e risposta ai disastri.

A.  
Ente \_\_\_\_\_

Durata \_\_\_\_\_

Attività e Ruolo \_\_\_\_\_

B.  
Ente \_\_\_\_\_

Durata \_\_\_\_\_

Attività e Ruolo \_\_\_\_\_

Sala Operativa Regionale

SOR SARDEGNA  
Croce Rossa Italiana  
c/o Comitato Regionale CRI Sardegna  
Vico 2° Barone Rossi,2 - 09125 CAGLIARI (CA) - Italy  
Tel.+39 070 651715 Fax.+39 070 651543  
e-mail: sor.sardegna@cri.it



## 9 - Principali esperienze nell'ambito della Croce Rossa Italiana

Componente di appartenenza (o dipendente) \_\_\_\_\_

Anno di iscrizione \_\_\_\_\_ Comitato di appart. \_\_\_\_\_

Principali Corsi Effettuati

Conseguimento titolo Operatore Settore Emergenza (OPEM) NO  SI  Mese/Anno\_\_\_\_/\_\_\_\_

Conseguimento titolo Coordinatore Settore Emergenza (CLE) NO  SI  Mese/Anno\_\_\_\_/\_\_\_\_

Attuale o passato Incarico di Delegato Settore Emergenze:  NO  SI, indicare il livello  
 Regionale  Provinciale  Locale

Conseguimento titolo Istruttore Protezione Civile NO  SI  Anno\_\_\_\_\_

Appartenenza a N.O.I.E. NO  SI  specificare quale\_\_\_\_\_

### Note

I costi relativi alle spese di viaggio, vitto e alloggio, sono a carico dei partecipanti.

Il presente modulo dovrà essere compilato in ogni sua parte, senza apporre nessuna modifica e inviato via mail all'indirizzo [sor.sardegna@cri.it](mailto:sor.sardegna@cri.it) e per conoscenza, al delegato provinciale per le attività di emergenza competente per territorio, entro e non oltre il **15 Ottobre 2012**

CAGLIARI - DPAE - Michele Andreozzi: [michele.andreozzi@cri.it](mailto:michele.andreozzi@cri.it)

SASSARI - DPAE - Paolo Deiana: [georgia.deiana@alice.it](mailto:georgia.deiana@alice.it)

NUORO - DPAE ad interim Lorena Donisi: [lorenadonisi@gmail.com](mailto:lorenadonisi@gmail.com)

ORISTANO - DPAE - Sara Vacca: [vaccasara@ymail.com](mailto:vaccasara@ymail.com)

BOSA - DLAE - Giuseppe Solinas: [ppesolinas@tiscali.it](mailto:ppesolinas@tiscali.it)

Costituiranno titolo preferenziale in ordine di rilevanza:

- 1- LA DISPONIBILITA' H24;
- 2- L'ANNO DI ISCRIZIONE IN C.R.I.;
- 3- CORSI EFFETTUATI;
- 4- ESPERIENZE DI CUI AI PUNTI 8-7-6-9.

In ogni caso tutti i richiedenti verranno formati partecipando ai corsi successivi, fino al completamento delle richieste ricevute.

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 \_\_\_\_\_

Sala Operativa Regionale

SOR SARDEGNA  
Croce Rossa Italiana  
c/o Comitato Regionale CRI Sardegna  
Vico 2° Barone Rossi,2 - 09125 CAGLIARI (CA) - Italy  
Tel.+39 070 651715 Fax.+39 070 651543  
e-mail: [sor.sardegna@cri.it](mailto:sor.sardegna@cri.it)