**Alla CROCE ROSSA ITALIANA**

 **Comitato di San Vincenzo**

e-mail:crisv.volontariatovacanza@gmail.com

|  |
| --- |
| **SCHEDA DI ADESIONE AL PROGETTO VOLONTARIATO VACANZE**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **C O G N O M E**  | **N O M E** |
| **Nato/a a** |  **Provincia** |  |  **il**  |
| **Residenza** | **Codice Fiscale** |
| **Tel. / cell.** | **Indirizzo e-mail** |

|  |
| --- |
| **Unità CRI di appartenenza Tel.** |
| **Tessera CRI n°** | **del** | **Quota associativa 2018 versata** | **NO** |  **SI** |

|  |
| --- |
| **P E R I O D O D I I N T E R E S S E** |
| **dal** | **al** |
| **dal** | **al** |

|  |
| --- |
| **P A T E N T E D I G U I D A C.R.I.** |
| **categoria** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **5b** | **6** | **7** | **8** |
| **numero** |  | **data rilascio** |  | **scadenza** |  |
| **esperienza come autista in emergenza 118** | **SI** | **N O** | **Trasporto infermi** | **SI** | **N O** |

|  |
| --- |
| **S P E C I A L I Z Z A Z I O N I S A N I T A R I E** |
| **BREVETTO P.S. T.I.** | **S I** | **N O** |  **BREVETTO T.S. S.A.** | **S I** | **N O** |
| **BREVETTO OPERATORE D.A.E.** | **S I** | **N O** |  |
| **ESPERIENZA ATTIVITA' 118** | **BUONA** |  | **OTTIMA** |  |  |
| **ALTRO (SANITARIO)** |

|  |
| --- |
| **INFORMAZIONI DI CARATTERE SANITARIO E ALIMENTARE** |
| **Allergie** | **N O** |  **S I :** | **......................................................................................................................................................................................................................................................** |
|  |
| **Intolleranze alimentari** | **N O** |  **S I :** | **......................................................................................................................................................................................................................................................** |

|  |
| --- |
| **C O N O S C E N Z A L I N G U A S T R A N I E R A** |
| **Lingua:** **........................................................................................................** | ***Livello:* base □ - elementare □ - Intermedio □ - avanzato □** |
| **Lingua:** **........................................................................................................** | ***Livello:* base □ - elementare □ - Intermedio □ - avanzato □** |

|  |
| --- |
| **S I S T E M A Z I O N E**  |

|  |
| --- |
| **Presso la Sede C.R.I. o altra Struttura, in stanze da quattro persone con letti a castello, uso di cucina e bagno in comune. Saranno forniti i generi alimentari. Lenzuola e asciugamani chi lo desidera può trovarle presso la sede al costo di €. 5,00 a settimana.**  |

 ..................................................................................................................................................................................................  **firma leggibile**