**Alla CROCE ROSSA ITALIANA**

**Comitato di San Vincenzo**

[e-mail:](mailto:e-mailcrisv.volontariatovacanza@gmail.com)[crisv.volontariatovacanza@gmail.com](mailto: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**