

**AI CONSIGLIO DIRETTIVO
della Assistenza Pubblica
“Croce Azzurra” di Traversetolo
via Verdi, 48
43029 Traversetolo (PR)**

DOMANDA DI AMMISSIONE AL CORPO MILITI DELLA CROCE AZZURRA
Subordinata alla frequentazione del
“CORSO BASE” PER NUOVI VOLONTARI

Io sottoscritt **Nato a**(.....) **il**/...../.....
Residente a(.....) **Via** **n°**
CAP **Telefono** **Cellulare**
E-mail@..... **Professione**
Presso ditta **Telefono**

DOMANDO

A codesto Consiglio Direttivo di poter frequentare il “Corso Base” obbligatorio per nuovi Volontari e, in caso di superamento positivo dell’esame finale, di entrare a far parte del Corpo Militi Volontari della Croce Azzurra.
A tal fine, sotto la mia responsabilità, consentendo l’autorizzazione dei dati personali forniti in ottemperanza alla legge 675/96,

DICHIARO

- Di conoscere, avendone preso visione nella bacheca dell’Associazione, lo Statuto della Croce Azzurra e di impegnarmi a rispettarlo.
- Di impegnarmi a rispettare il regolamento della Croce Azzurra.
- Di non avere in corso procedimenti penali o civili a carico.
- Di essere titolare della patente di guida categoria....N°.....scadenza.../.../...

In fede

.....li...../...../.....

.....

*****Parte da compilare solo per i minorenni*****

Io Sottoscritt... ..esercitante la patria potestà del minore
..... approvo la Sua richiesta e pertanto esonero l’Associazione da ogni
responsabilità.

In fede

.....

**N.B.: L’AMMISSIONE AL CORPO DEI MILITI È SUBORDINATA AL POSITIVO SUPERAMENTO DELL’ESAME FINALE DEL CORSO BASE.
PERTANTO I 60 GIORNI DI CUI ALL’ART. 9 DELLO STATUTO, FISSATI PER L’ACCETTAZIONE O MENO DELLA DOMANDA, DEVONO INTENDERSI DECORRENTI DAL POSITIVO SUPERAMENTO DELL’ESAME E NON DALLA DATA DELLA PRESENTE DOMANDA.**

Al fine di conoscere meglio le attitudini e le aspirazioni di chi presenta la domanda, Ti invitiamo a compilare anche la parte sottostante.

1 Sei già stato Milite presso un altro ente di Pubblica Assistenza o Croce Rossa? SI NO

In caso di risposta affermativa, in quale ente prestavi la Tua opera Volontaria?

Con quali mansioni?

Autista Soccorritore Centralinista Protezione Civile

2 Sei stato o sei tuttora impegnato in enti di Volontariato operanti in diverso settore? SI NO

In caso di risposta affermativa, segnalaci quali e in che campo operano

.....
.....

3 Quali sono i motivi per cui hai scelto di diventare Volontario presso la Croce Azzurra?

.....
.....
.....

4 Quali persone conosci meglio fra quelli che sono già Militi attivi?

.....
.....

5 Oltre alla Tua ultima professione, quali sono le attività che hai svolto professionalmente oppure che sei in grado di svolgere per passione, hobby o altro motivo?

.....
.....
.....

6 Nell'attività della Croce Azzurra, quali mansioni sei preferibilmente disposto a svolgere?

A Attività di soccorso e trasporto infermi

B Compiti inerenti al sociale (anziani, telesoccorso ecc.)

C Compiti amministrativi e di gestione

D Compiti di cura della sede, del materiale e degli automezzi

E Organizzazione di attività ricreative e culturali per i Volontari e per la popolazione

F Redazione e cura sito web www.apcroceazzurra.it

F Altro.....

7 Fra i compiti del soccorso, quali Ti interessano di più?

Autista Soccorritore Centralinista Protezione Civile

8 In quali ore del giorno intendi dare la Tua disponibilità

Mattino (7/13) Pomeriggio (13/20) Sera (20/24) Notte (20/07)

Tutti e quattro Altro.....

9 Saresti disponibile ad essere inserito nel giorno in cui la Croce Azzurra ha più bisogno? SI NO

In caso di risposta negativa, quali sono i giorni della settimana in cui potresti essere disponibile?

.....

10 Oltre al corso base obbligatorio, sei disponibile a frequentare corsi organizzati per i Militi al fine di aumentare le Tue conoscenze e la Tua specializzazione in questo campo? SI NO

11 Indicaci quali sono le taglie da Te indossate per ognuno dei capi sotto riportati

Felpa S M L XL XXL 3XL

Polo S M L XL XXL 3XL

Giacca a vento S M L XL XXL 3XL

Pantalone 42 44 46 48 50 52 54 56 58 60 62

Firma di almeno due Militi della Croce Azzurra che presentano l'aspirante Milite:

.....

Il Consiglio Direttivo della Croce Azzurra, vista la partecipazione e l'esito del "Corso Base" obbligatorio, e sentito il parere del Direttore Sanitario, decide nella seduta odierna in modo insindacabile di

INSERIRE L'ASPIRANTE MILITE NEL CORPO MILITI DELL'ASSOCIAZIONE

NON INSERIRE L'ASPIRANTE MILITE NEL CORPO MILITI DELL'ASSOCIAZIONE

Le eventuali motivazioni della non accettazione della domanda verranno comunicate mezzo lettera all'interessato come previsto dallo Statuto Sociale capitolo 2, articolo 9.

Traversetolo, li/...../.....

Per il Consiglio Direttivo

Il Segretario

Il Presidente

.....

.....

Spazio riservato per annotare provvedimenti disciplinari, periodi di congedo, note varie

.....
.....
.....
.....

CANCELLATO DAL CORPO MILITI IL/...../.....

Motivazioni:.....
.....
.....
.....

Il Presidente

.....

IL PRESENTE MODULO DOVRÀ ESSERE COMPILATO DAL MEDICO CURANTE DELL'ASPIRANTE MILITE COME DA DISPOSIZIONE DEL DIRETTORE SANITARIO DELL'ASSISTENZA PUBBLICA CROCE AZZURRA D.SSA ERIKA CERDELLI

Il modulo dovrà essere consegnato presso la sede della Croce Azzurra nella busta chiusa allegata alla domanda di ammissione e verrà aperto solo dal Direttore Sanitario

NOTIZIE GENERALI

Nome e cognome **Altezza cm** **Peso kg**

Età **Professione**

NOTIZIE SUL SUO STATO DI SALUTE

In caso di risposta affermativa si prega di indicare l'anno o gli anni in cui ha sofferto delle malattie elencate oppure se la malattia è tuttora in corso

ALLERGIA **SI** **NO**

*In caso di risposta affermativa indicare a quali sostanze il paziente è allergico e con che tipo di reazione.
(per es. alimenti, farmaci, cerotti, lattice, pollini ecc.)*

.....
.....

MALATTIE CARDIACHE **SI** **NO**

*In caso di risposta affermativa indicare quali malattie.
(per es. soffi, aritmie, infarto, malformazioni ecc.)*

.....

IPERTENSIONE ARTERIOSA **SI** **NO**

EMBOLIA POLMONARE **SI** **NO**

MALATTIE RESPIRATORIE **SI** **NO**

*In caso di risposta affermativa indicare quali malattie.
(per es. asma, enfisema, bronchiti, tubercolosi ecc.)*

.....

MALATTIE DEL TUBO DIGERENTE **SI** **NO**

*In caso di risposta affermativa indicare quali malattie.
(per es. reflusso gastro-esofageo, esofagite, gastrite, ulcera, colite, epatite, itterizia, cirrosi, ernia iatale ecc.)*

.....

MALATTIE DEL SANGUE **SI** **NO**

*In caso di risposta affermativa indicare quali malattie.
(per es. anemia falciforme, favismo, linfoma, leucemia, malattie coagulazione ecc.)*

.....

MALATTIE NEUROLOGICHE **SI** **NO**

*In caso di risposta affermativa indicare quali malattie.
(per es. convulsioni, perdita di coscienza, paralisi, emorragia cerebrale, ischemia cerebrale, ictus ecc)*

.....

MALATTIE URINARIE (per es. malformazioni, nefriti, infezioni, calcolosi ecc.) **SI NO**

MALATTIE ORMONALI (per es. diabete, iper/ipotiroidismo, insufficienza surrenalica ecc.) **SI NO**

MALATTIE PSICHICHE **SI NO**

In caso di risposta affermativa indicare quali malattie.

(per es. depressione, stati d'ansia ecc.)

SINDROME DA DEPRESSIONE IMMUNITARIA ACQUISITA **SI NO**

DIFETTI FISICI ACQUISITI O CONGENITI **SI NO**

ALTRE MALATTIE NON ELENcate **SI NO**

In caso di risposta affermativa indicare quali malattie.

ASSUME ABITUALMENTE MEDICINE **SI NO**

Indicare quelle assunte negli ultimi 6 mesi

HA MAI FATTO O FA USO DI STUPEFACENTI O ALTRE DROGHE **SI NO**

FIRME

Aspirante Milite.....

Medico Curante + timbro.....

Data...../...../.....

Parere Direttore Sanitario Assistenza Pubblica Croce Azzurra Traversetolo

L'ASPIRANTE MILITE È CONSIDERATO IDONEO **SI NO**

.....
.....
.....

Firma

Data/...../.....