

**Croce Rossa Italiana
Comitato dei Monti Sicani**

**DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CORSO DI
FORMAZIONE PER VOLONTARI CRI**



Croce Rossa Italiana
Organizzazione di Volontariato

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (____)

il ____/____/____ residente a _____ (____) in via

_____ n° ____ .C.F. _____

Cell. _____ altri recapiti telefonici _____

email(obbligatoria) _____.

Documento di riconoscimento _____ rilasciato il ____/____/____

da _____.

Gruppo sanguigno ____ . Rh ____ . Professione _____.

Patente civile n° _____ categoria ____.

Medico Curante _____

presa visione delle Statuto della Croce Rossa Italiana ed accettatolo integralmente,

CHIEDE

di entrare a far parte della Croce Rossa Italiana presso il Comitato dei Monti Sicani - OdV

A tal fine e sotto la propria responsabilità dichiara (cancellare la voce che non interessa):

- Di voler aderire ai Principi Fondamentali del Movimento di Croce Rossa e Mezzaluna Rossa e di rispettare il Codice Etico e di Condotta della C.R.I.;
- Di aderire alla CRI, superato l'esame finale del corso in qualità di Socio;
- Di essere / non essere cittadino italiano o cittadino di uno Stato dell'Unione Europea o di uno Stato non comunitario regolarmente soggiornante nel territorio italiano ai sensi della normativa vigente in materia; Specificare altra eventuale cittadinanza _____
- Di essere / non essere stato/a condannato/a, con sentenza passata in giudicato, per uno dei reati comportanti la destituzione dai pubblici uffici (in caso positivo indicare l'Autorità Giudiziaria): _____;
- Di non essere iscritto/a presso altre associazioni che perseguono finalità in contrasto con i principi del Movimento Internazionale o che svolgono in

Croce Rossa Italiana Comitato dei Monti Sicani

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CORSO DI FORMAZIONE PER VOLONTARI CRI



Croce Rossa Italiana
Organizzazione di Volontariato

convenzione con Enti Pubblici attività analoghe a quelle della C.R.I., ma di essere iscritto presso le seguenti altre associazioni

_____;

- Di assumere l'impegno a svolgere gratuitamente le attività, anche di tipo intellettuale o professionale, da espletare in maniera organizzata e con carattere continuativo, idonee a consentire il raggiungimento dei fini statuari dell'Associazione, previste dal Regolamento dei Volontari della Croce Rossa Italiana.
- Di essere in possesso del seguente titolo di studio:
_____;
- Di conoscere le seguenti lingue straniere
_____;
- Di essere a conoscenza che la propria iscrizione alla C.R.I. è subordinata alla frequenza di apposito corso di formazione ed al superamento dell'esame finale;
- Di essere a conoscenza che il contributo di partecipazione al Corso per aspiranti Volontari è di 20,00€ e la quota associativa è di 10,00€
- Di restituire, dietro richiesta del Presidente del Comitato di appartenenza tutti i documenti ed il materiale che gli saranno concessi in uso temporaneo dalla C.R.I.;
- Di impegnarsi a comunicare alla segreteria del Comitato C.R.I. di appartenenza ogni variazione relativa alle notizie fornite nel presente modulo.

Data _____

Firma _____

N.B. Si allega alla presente:

- fotocopia del documento di riconoscimento
- fotocopia codice fiscale
- Certificato anamnestico rilasciato dal medico curante
- n° 2 foto tessera

Autorizzazione del genitore o di chi esercita la patria potestà (obbligatorio per i minorenni):
NOME E COGNOME del genitore _____

Data _____

Firma _____

Informativa sul trattamento dei dati personali ex artt. 13-14 Reg.to UE 2016/679

Soggetti interessati: Giovani Volontari minori di età.

L'Associazione della Croce Rossa Italiana, Comitato dei Monti Sicani, nella qualità di Titolare di Trattamento dei Suoi Dati personali, ai sensi e per gli effetti del Reg.to UE 2016/679 di seguito 'GDPR', con la presente La informa che la citata normativa prevede la tutela degli interessati rispetto al trattamento dei dati personali e che tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

I Suoi dati personali verranno trattati in accordo alle disposizioni legislative della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza ivi previsti.

Altresì, il Titolare potrà venire a conoscenza di categorie particolari di dati personali ed in dettaglio: origini razziali o etniche, stato di salute. I trattamenti di dati personali per queste categorie particolari sono effettuati in osservanza de l'art 9 del GDPR.

Finalità e base giuridica del trattamento: in particolare i Suoi dati verranno trattati per le seguenti finalità connesse all'attuazione di adempimenti relativi ad obblighi legislativi o contrattuali:

- attività associative e di volontariato e comunicazione delle stesse;

Il conferimento dei dati risulta quindi obbligatorio nei termini e per le finalità sopra indicate; l'eventuale mancato conferimento o il conferimento errato anche parziale, delle informazioni obbligatorie, può causare l'impossibilità da parte del Titolare di garantire la congruità del trattamento stesso e la prosecuzione del rapporto.

I Suoi dati personali potranno inoltre, previo suo consenso, essere utilizzati per le seguenti finalità:

Newsletter - messaggi informativi tramite posta ordinaria, e-mail, telefono o sms.

Il conferimento dei dati è per Lei facoltativo riguardo a le sopraindicate finalità, ed un suo eventuale rifiuto al trattamento non compromette la prosecuzione del rapporto o la congruità del trattamento stesso.

Modalità del trattamento. I suoi dati personali potranno essere trattati nei seguenti modi:

Tutti i trattamenti avvengono con strumenti elettronici o telematici, ma potrebbero avvenire anche con strumenti cartacei/manuali. I dati saranno trattati con logiche correlate a le finalità per le quali sono stati raccolti e nel rispetto de le vigenti norme di sicurezza, per le finalità suindicate. Ogni trattamento avviene nel rispetto de le modalità di cui agli artt. 6, 32 del GDPR e mediante l'adozione de le adeguate misure di sicurezza previste.

Ogni trattamento avviene nel rispetto delle modalità di cui agli artt. 6, 32 del GDPR e mediante l'adozione delle adeguate misure di sicurezza previste.

I suoi dati saranno trattati unicamente da personale espressamente autorizzato dal Titolare e, in particolare, dalle seguenti categorie di personale autorizzato:

le categorie dei soggetti autorizzati sono: gli addetti all'amministrazione, alla comunicazione, alla contabilità, alla consulenza legale, alla manutenzione tecnica dei sistemi informativi. Per il perseguimento delle finalità connesse all'erogazione del servizio cui l'utente ha aderito, i dati potrebbero essere messi anche a disposizione di soggetti terzi, che agiranno quali autonomi titolari/responsabili del trattamento erogando servizi strumentali a soddisfare la richiesta dell'utente interessato o ai quali la comunicazione dei dati necessaria per ottemperare a norme di legge o regolamenti.

Diffusione: I dati potranno essere diffusi presso:

- diffusione al pubblico, anche a mezzo internet e canali social.

Fermo restando il divieto assoluto di diffondere i dati idonei a rivelare lo stato di salute.

Periodo di conservazione. Le segnaliamo che nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art.5 del GDPR, il periodo di conservazione dei Suoi dati personali è:

- stabilito per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati per l'esecuzione e comunque per un massimo di 5 anni dalla data di cessazione della qualifica di Volontario;
- stabilito per un arco di tempo non superiore a l'espletamento dei servizi erogati (per l'invio di newsletter i dati vengono conservati sino a la richiesta di cancellazione dal servizio o, al massimo, sino a 2 anni da la prima iscrizione);
- stabilito per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati e nel rispetto dei tempi obbligatori prescritti da la legge (i dati di natura fiscale e/o contabili vanno conservati per 10 anni).

Titolare: il Titolare del trattamento dei dati, ai sensi della Legge, è Associazione della Croce Rossa Italiana, Comitato dei Monti Sicani, Via Aldo Moro snc; E-mail montisicani@cri.it ; tel. 3518144673 nella persona del Presidente pro-tempore.

Lei ha diritto di ottenere dal Responsabile la cancellazione (diritto all'oblio), la limitazione, l'aggiornamento, la rettificazione, la portabilità, l'opposizione al trattamento dei dati personali che La riguardano, nonché in generale può esercitare tutti i diritti previsti dagli artt. 15,16,17, 18, 19, 20,21, 22 del GDPR.

Reg.to UE 2016/679; Artt. 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 – Diritti dell'interessato.

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, la loro comunicazione in forma intellegibile e la possibilità di effettuare reclamo presso l'autorità di controllo.
2. L'interessato ha il diritto di ottenere l'indicazione:

- a) Dell'origine dei dati personali
- b) Delle finalità e modalità di trattamento
- c) Della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici
- d) Degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del responsabile della protezione dei dati designato ai sensi dell'art. 5, comma 2;
- e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

3. L'interessato ha diritto di ottenere:

- a) L'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
- b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
- c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato;
- d) la portabilità dei dati.

4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:

- a) Per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Formula di acquisizione del consenso dell'interessato

Il/La sottoscritto/a _____ nato il
____/____/____, a _____ Prov. (____), Residente a
_____ Prov. (____), in via
_____.

Il/La sottoscritto/a: _____ nata il
____/____/____, a _____ Prov. (____), Residente a
_____ Prov. (____), in via
_____.

in qualità di soggetti che esercitano la responsabilità genitoriale del minore:

(Nome e cognome) _____ nato il
____/____/____, a _____ Prov. (____), Residente a
_____ Prov. (____), in via
_____.

Prestano il consenso al trattamento dei dati personali per le finalità sotto riportate

☐ Sì ☐ No Newsletter - messaggi informativi tramite posta ordinaria, e-mail, telefono, sms

☐ Sì ☐ No diffusione al pubblico, anche a mezzo internet e canali social

Firma esercente responsabilità genitoriale



SCHEDA SANITARIA

Io sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____,

residente in _____

e io sottoscritta/o _____ nata/o a _____ il _____,

residente in _____

In qualità di genitore/rappresentante/tutore legale

DICHIARO

- che i dati sanitari sotto dichiarati sono aggiornati alla data di sottoscrizione del presente documento, veritieri, completi e compatibili con le attività di volontariato;
- che in caso di variazione dei dati sotto riportati gli stessi saranno prontamente aggiornati e trasmessi all'Associazione;
- che il minore (nome e cognome) _____
nato/a _____ () il ____ / ____ / ____ Codice
fiscale _____ Nr. Tessera sanitaria _____

- ☐ risulta essere in stato di buona salute, non essere affetto/a da patologie psico-fisiche, aver ricevuto tutte le vaccinazioni obbligatorie per legge in base all'età;
- ☐ non presenta controindicazioni di tipo neurologico, cardiaco, dermatologico, ematologico e allergico e di alcun altro genere, temporanee e/o permanenti, che richiedono assistenza o precauzioni particolari;
- ☐ presenta uno stato di salute psicofisico idoneo alla partecipazione alla vita e alle attività comunitarie di gruppo.

**Croce Rossa Italiana
Comitato dei Monti Sicani**

**DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CORSO DI
FORMAZIONE PER VOLONTARI CRI**



Croce Rossa Italiana
Organizzazione di Volontariato

Gruppo sanguigno e ulteriori note sanitarie di rilievo: _____

Reperibilità per emergenze: _____

(nome genitore)

(recapito telefonico)

Data, _____

Firma per presa visione

(dell'avente diritto o degli esercenti la responsabilità genitoriale)

Firma di autocertificazione (L.15/68-127/97-191/98) delle dichiarazioni rese nella consapevolezza delle responsabilità cui il dichiarante va incontro in caso di dichiarazioni non corrispondenti al vero.
E' prevista la firma di entrambi gli esercenti la potestà genitoriale (D.L.vo n.154/2013).



Certificato anamnestico per Volontari CRI

I dati riportati sono soggetti al segreto professionale e tutelati ai sensi della normativa in materia di riservatezza dei dati personali.

Nome _____ Cognome _____ data di nascita _____

Indirizzo _____ Città _____ (____)

Telefono _____ Cellulare _____

altezza (cm) _____ peso (kg) _____ professione attuale _____

Medico curante dott. _____

1	patologie a carico dell'apparato cardiocircolatori (se si specificare la diagnosi)	si no
2	diabete mellito	si no
3	patologie a carico del sistema endocrino (se si specificare la diagnosi)	si no



4	patologie a carico dell'apparato respiratorio (se sì specificare la diagnosi)	si	no
5	patologie a carico del sistema nervoso (se sì specificare la diagnosi)	si	no
6	patologie a carico dell'apparato osteoarticolare (con particolare riferimento alle patologie che possono compromettere la movimentazione manuale dei carichi)	si	no
7	patologie a carico dell'apparato urogenitale (se sì specificare la diagnosi)	si	no
8	patologie a carico del sangue e degli organi emopoietici (se sì specificare la diagnosi)	si	no



9	patologie a carico degli organi di senso	si	no

10	• infortuni sul lavoro: se sì per quale motivo ed in che anno? • interventi chirurgici: se sì per quale motivo ed in che anno? • ricoveri ospedalieri: se sì per quale motivo ed in che anno?	si	no
11	patologie di natura allergica (se sì specificarne la natura)	si	no
12	vaccinazioni ultime (quali ed in quale anno):	si	no
13	patologie psichiche - uso di sostanze psicotrope	si	no

Data _____

Dr _____
(timbro)