Centro
Operativo
Soccorso
Pubblico

Bovezzo - Caino - Concesio - Nave

MATRICOLA ASSEGNATA
_____

Protocollo
n. _____
del _____

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Dati personali (se compilato a mano scrivere in stampato leggibile)

Cognome

Nome

Data nascita

Luogo nascita — Provincia

Codice Fiscale

Comune residenza — Provincia — CAP

Indirizzo residenza — N.

Cellulare — Telefono fisso

E-mail

PEC

Carta Identità — N. — rilasciata il — scadenza il

Patente guida **B** — N. — rilasciata il — scadenza il

Permesso soggiorno — N. — rilasciato il — scadenza il

Documenti da allegare alla domanda di iscrizione

- Fotocopia Carta Identità *(fronte-retro)*
- Fotocopia Patente B *(fronte-retro)*
- Fotocopia Tessera Sanitaria *(fronte-retro)*
- Fotocopia Permesso Soggiorno
- Certificato di buona salute *(rilasciato dal medico di base da non più di 6 mesi)*
- Elettrocardiogramma basale *(solo per chi ha superato i 40 anni d'età e rilasciato da non più di 6 mesi)*
- Attestati vari rilasciati da altre Associazioni

Disponibilità ai servizi (segnare con una X le aree di interesse)

- ☐ Trasporto Sangue ed Emoderivati *(richiesti affiancamenti)*
- ☐ Trasporto Sanitario *(TSS - TS, richiesto corso)*
- ☐ Soccorritore in Emergenza - Urgenza *(SSE ex 118, richiesto corso)*
- ☐ Servizi Sportivi e Manifestazioni *(richiesta qualifica di SSE o TS)*
- ☐ Amministrazione e Contabilità
- ☐ Segreteria e Centralino *(richiesti affiancamenti)*

Il/La sottoscritto/a chiede l'iscrizione per svolgere, volontariamente e gratuitamente, le attività programmate relative allo scopo sociale della Associazione. A tal fine

DICHIARA

- di essere consapevole delle finalità dell'Associazione
- di aver preso visione e di accettare espressamente il **Regolamento** esposto in sede e disponibile online sul sito dell'Associazione (**www.cosp.it**)
- di essere consapevole dei diritti e doveri che ne derivano
- di accettare le deliberazioni legalmente adottate dagli organi sociali
- l'inesistenza di pendenze penali a proprio carico
- di comunicare tempestivamente ogni variazione relativa ai dati forniti
- di informare immediatamente l'Associazione di ogni provvedimento inerente alla Patente di guida (sospensione, revoca, ecc.)

Data	Firma (leggibile)

Parte riservata all'Associazione

Per il Consiglio Esecutivo	Data	Matr.	Firma
Direttore Sanitario	Data	Matr.	Firma