



Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_ )  
il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
(Prov. \_\_\_\_\_ ) in \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
telefono abitazione \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
patente tipo \_\_\_\_ rilasciata da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ scadenza il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
professione \_\_\_\_\_  TURNISTA  GIONALIERO  OCCASIONALE

1. con la presente si **IMPEGNA** ad effettuare i servizi relativi agli scopi perseguiti dalla Croce Verde di Ascoli Piceno **GRATUITAMENTE**;
2. si fa inoltre carico di **COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE** l'eventuale impossibilità di rispettare i turni di servizio prenotati.
3. si **IMPEGNA** infine a comunicare al Consiglio Direttivo la variazione dei dati anagrafici, il numero dei punti della patente di guida, l'insorgere di malattie e/o patologie presumibilmente incompatibili con i servizi svolti dalla Croce Verde.

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità essere affetto della seguenti patologie:

\_\_\_\_\_

E dichiara di essere sottoposto alla seguente terapia farmacologica:

\_\_\_\_\_

Ascoli Piceno, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma

**Il sottoscritto presta consenso al trattamento dei propri dati ([decreto legislativo n. 196 /2003](#))**

Ascoli Piceno, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma

## Disponibilità settimanale al servizio:

	Mattino	Pomeriggio	Sera	Notte	Orario indicativo	
					dalle	alle
Lunedì						
Martedì						
Mercoledì						
Giovedì						
Venerdì						
Sabato						
Domenica						

## Frequenza disponibilità ad effettuare i servizi:

	Giorno	Notte
Giornaliero		
Settimanale		
Quindicinale		
Mensile		

  

Reperibilità		
--------------	--	--

## Percorso di interesse:

<b>B2</b>	Assistente trasporti con auto 5/9 posti	
<b>B3</b>	Soc corriere ambulanza TIPO B pe ambulanza servizi programmati	
<b>B4</b>	Soccorritore ambulanza TIPO A per servizi emergenza	
<b>OR</b>	Operatore Radio C.O. 118	

<b>A1</b>	Autista Auto (max 7 posti)	
<b>A2</b>	Autista Auto (fino 9 posti)	
<b>A3</b>	Autista ambulanza TIPO B per servizi programmati	
<b>A4</b>	Autista Ambulanza TIPO A per servizi emergenza	

Note:

---



---

Approvazione del Consiglio Direttivo in data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Responsabile Volontari

\_\_\_\_\_

Presidente