

Allegato 1_ Modulo Iscrizione

Domanda di partecipazione

Corso Istruttori Manovre Salvavita Pediatriche

Si raccomanda di scrivere i dati in maniera leggibile

Il sottoscritto/a _____ Nato/a a _____

Il _____ Residente in _____ Prov. _____

Via _____ N° _____ Cellulare: _____

Codice Fiscale _____

Professione¹: _____ E-mail² _____

Anno di ingresso: _____ Comitato C.R.I. di appartenenza _____

CHIEDE

di poter partecipare alla selezione e, se idoneo, al corso per Istruttori MSP Lazio secondo le modalità espresse nel bando. A tale fine dichiara di:

- Essere in regola con il pagamento della quota associativa per l'anno in corso in qualità di Socio Attivo;
- Essere Socio attivo da almeno 2 anni e di non avere provvedimenti/note disciplinari in corso;
- Aver conseguito la maggiore età (18 aa) al termine della scadenza del presente bando;
- Essere in possesso del brevetto di Esecutore MSP e/o Esecutore Full D (sanitario o laico) alla data di scadenza del presente bando, di cui dovrà essere consegnata copia dell'attestazione al momento della selezione;
- Non essere Monitore, Capo-monitore e/o Istruttore Full D.

Il sottoscritto dichiara, di essere informato, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Inoltre

¹ Specificare se professione sanitaria

²

Allegato 1_ Modulo Iscrizione

dichiara, consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, che i dati sopra riportati sono corrispondenti a verità.

Il candidato si impegna a dedicare alla Croce Rossa Italiana, una volta superato il corso, un congruo tempo e relativo impegno per organizzare e svolgere, nel rispetto dei Principi Fondamentali dell'Associazione, corsi MSP, previa autorizzazione di chi di competenza.

_____, ____ / ____ / 2017

Firma del Volontario

Il Presidente del Comitato C.R.I.
