



Associazione di Pubblica Assistenza
MARIA BOUTURLIN Ved. DINI
O.N.L.U.S.
50031 BARBERINO DI MUGELLO (FI)
C.F. 83001190483 – P.IVA 00828080481



DOMANDA DI AMMISSIONE AL CORPO VOLONTARI DELL'ASSOCIAZIONE DI PUBBLICA ASSISTENZA "MARIA BOUTURLIN VED. DINI"

(scrivere in stampatello)

Io sottoscritto _____

nato a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ via _____ n° _____

CAP _____ telefono _____ cellulare _____

e – mail _____ @ _____ professione _____

CHIEDO con la presente domanda al Presidente dell'Associazione di Pubblica Assistenza "Maria Bouturlin ved Dini", di entrare a far parte del Corpo Volontari e **DICHIARO** sotto la mia responsabilità di conoscere e accettare lo Statuto, il Regolamento Associativo e i Regolamenti Interni e di impegnarmi a rispettarli integralmente.

Autorizzo inoltre l' Associazione di Pubblica Assistenza "Maria Bouturlin ved. Dini" al trattamento dei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196.

DATA _____ FIRMA (leggibile) _____

PARTE DA COMPILARE SOLO PER I MINORI DI ANNI 18

Io sottoscritto _____ in qualità di esercente la patria potestà del minore sopracitato, approvo la sua richiesta oggetto della presente domanda sollevando l'Associazione da ogni responsabilità.

DATA _____ FIRMA (leggibile) _____

Avvertenza : L'Associazione non è tenuta ad alcuna spiegazione nel caso la domanda non venga accolta.

N.B. Allegati alla presente domanda:

- certificato di idoneità psicofisica rilasciato dal proprio medico di famiglia rilasciato sul modello allegato
- due (2) fotografie formato tessera
- solo per gli interessati alla guida automezzi, fotocopia Patente di Guida in corso di validità

ALCUNE COSE SU DI TE

Fra le varie attività che l'Associazione svolge a quale settore sei interessato? (Barrare quelli che interessano)

- servizi di ambulanza (età minima 16 anni)
- servizi socio – assistenziali
- servizi sedentari (uffici, centralino)
- settore Protezione Civile (età minima 18 anni)
- interessato alla guida degli automezzi dell'Associazione
- disponibile ai servizi notturni



Hai già avuto esperienze in altre associazioni di volontariato ? _____

Se sì, dove e presso quale Associazione ? _____

Con che mansioni ? _____

Cosa ti ha spinto a scegliere l'Associazione di Pubblica Assistenza "Maria Bouturlin ved. Dini" ?

Oltre alla tua professione attuale, quali sono le attività che sei in grado di svolgere per averle fatte professionalmente o per hobby ?

SPAZIO RISERVATO AL CONSIGLIO DIRETTIVO

Si approva l'ammissione: SI _____ NO _____

Data _____

Il Presidente _____



Associazione di Pubblica Assistenza
MARIA BOUTURLIN Ved. DINI
O.N.L.U.S.
50031 BARBERINO DI MUGELLO (FI)
C.F. 83001190483 – P.IVA 00828080481



Al Presidente dell'Associazione di Pubblica Assistenza
"Maria Bouturlin ved. Dini"

Io sottoscritto Medico di Famiglia (Cognome e Nome) _____

CERTIFICO

che in base alla visita da me effettuata in data odierna, il/la

Sig./ra _____ nato/a il ___/___/___

a _____ prov. _____

residente in via _____ n° _____

CAP _____ Comune di _____ prov. _____

è attualmente in buona salute e non presenta malattie in atto ne pregresse e che è in perfette condizioni psicofisiche.

Lo dichiaro quindi idoneo a svolgere attività di volontariato nella vostra Associazione.

Spazio per eventuali note integrative:

Firma e timbro del medico

Data ___/___/___