

ALCUNE INFORMAZIONI SU DI TE.

Fra le varie attività che l'Associazione svolge a quale/i Settore/i 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 dei mezzi dell'Associazione
- Disponibile per i servizi notturni

Hai già esperienze di volontariato in altre Associazioni? _____

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" O.D.V.?

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

SPAZIO RISERVATO AL CONSIGLIO DIRETTIVO

Si approva l'ammissione: **SI** _____ **NO** _____

Data ____/____/____ Il Presidente _____

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

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 a _____ prov. _____ il ____ / ____ / ____

residente in via _____ n° _____

CAP _____ Comune di _____ prov. _____

E' attualmente in buona salute e non presenta malattie in atto, né pregresse, e che è in perfette condizioni psicofisiche.

Pertanto lo dichiaro **idoneo a svolgere attività di volontariato nella vostra Associazione.**

Spazio per eventuali note integrative:

Data ____ / ____ / ____

(Firma e timbro del Medico)