



## DOMANDA DI AMMISSIONE COME VOLONTARIO

Alla Società di Pubblica Assistenza e Mutuo Soccorso

"La Croce Bianca di Arezzo"

COMPAGNIA ATTIVA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

In Via/P.zza/Loc. \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_ di professione \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

### PARTE DA COMPILARE SOLO SE IL RICHIEDENTE È MINORENNE:

Patria potestà (genitore, tutore ecc...)

Il /La sottoscritt \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ Via /Piazza \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_; in qualità di \_\_\_\_\_ del Sig. \_\_\_\_\_

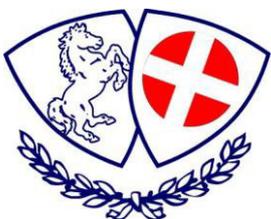
Autorizzo il predetto a frequentare l'Associazione.

In fede,

\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**di essere ammesso/a a svolgere le mansioni di volontario/a di codesta Associazione**





A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

- A) di non avere riportato condanne penali ( VEDI ALLEGATO 1);
- B) di non avere controversie o cause penali e civili pendenti (VEDI ALLEGATO 2);
- C) di essere in possesso, a suo giudizio, dei requisiti fisici, psichici e morali per svolgere le mansioni di volontario/a de "La Croce Bianca di Arezzo" e, comunque, l'Associazione è autorizzata ad effettuare indagini per proprio conto al fine di accertare l'effettivo possesso dei requisiti suddetti;
- D) di conoscere ed accettare lo Statuto ed il Regolamento Interno dell'Associazione;
- E) di essere perfettamente consapevole che il rapporto che si instaurerà da ora in poi fra il/la sottoscritto/a e la Società di Pubblica Assistenza e Mutuo Soccorso "La Croce Bianca di Arezzo" non potrà configurarsi come rapporto di lavoro subordinato, né la sua continuità nel tempo, o altra caratteristica del rapporto stesso potranno essere invocate come diritto ad una eventuale assunzione ai termini di legge.

Dichiara infine di sollevare fin da ora la Società di Pubblica Assistenza e Mutuo Soccorso "La Croce Bianca di Arezzo" da ogni e qualsiasi responsabilità direttamente derivante o connessa dal/al suo impiego come volontario/a.

NOTE EVENTUALI: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Allego alla presente domanda i seguenti documenti:

- domanda firmata da entrambi i genitori o da chi ne fa le veci se l'interessato è minorenne;
- nr. 4 fotografie formato tessera, firmate sul retro
- fotocopia di un documento d'identità valido;
- certificato penale (allegato 1) da compilato e firmato dal dichiarante;
- certificato medico datato non oltre tre mesi precedenti la data della presente domanda che dichiara l'idoneità psico-fisica del candidato a svolgere attività di volontario-soccorritore nel settore socio-sanitario;
- fotocopie di attestati del sanitario che confermino una eventuale qualifica





**ALLEGATO 1**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

**CONDANNE PENALI**

**Sottoscritta da maggiorenne con capacità con capacità di agire**

**(art. 46 del D.P.R. 445/2000)**

\_\_\_ I \_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

Nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_

Via/Località/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**Consapevole di quanto prescritto dall'art 76 del D.P.R. 445/2000 sulla Responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci,**

**DICHIARA**

**Di non aver riportato condanne penali.**

**Data .....**

**Il Dichiarante in fede**

Informativa ai sensi dell'art. 10 legge 675/1996. Ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996 si informa che i dati personali forniti dal dichiarante saranno trattati dall'ente al quale la presente dichiarazione viene prodotta per le finalità connesse all'erogazione del servizio/prestazione per cui la dichiarazione stessa viene resa e per gli eventuali successivi adempimenti di competenza. Il dichiarante ha facoltà di esercitare in qualunque momento i diritti di cui all'art 13 della suddetta legge.





## FIRME DI ACCETTAZIONE

Visto dal Comandante C.A. \_\_\_\_\_ li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del Consigliere \_\_\_\_\_ li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del Consigliere \_\_\_\_\_ li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del Consigliere \_\_\_\_\_ li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Arezzo li \_\_\_\_\_

Il Presidente dell'Associazione

Cav. Mariano Carlini

