



MISERICORDIA OTRANTO

- Scheda di approfondimento
allegato A

NOME _____ COGNOME _____

CODICE FISCALE _____ DATA DI NASCITA ____/____/____

LUOGO DI NASCITA _____ (____)

RESIDENTE A (comune) _____ (____)

VIA _____ N° _____

CAP _____ E-MAIL _____

TITOLO DI STUDIO (il massimo conseguito) _____

CELIBE NUBILE GRUPPO SANGUINEO _____ RH _____ SESSO M F

TEL.1 _____ TEL.2 _____

✓ **CON CHE MODALITA' SEI DISPONIBILE AD EFFETTUARE TURNI?**

CHIAMATA IMMEDIATA (operativo entro 15 minuti) TURNO PRESTABILITO

✓ **QUALE GIORNO DELLA SETTIMANA?**

Lun Mar Mer Gio Ven Sab Dom

✓ **CALE SETTIMANA DEL MESE?**

1 2 3 4 5

✓ **IN QUALI MESI DELL'ANNO?**

Gen Feb Mar Apr Mag Giu Lug Ago Set Ott Nov Dic

✓ **IN QUALE FASCIA ORARIA?**

1° TURNO(08.00-14.00) 2°TURNO(14.00-20.00) 3°TURNO (in reperibilità 20.00-08.00)

✓ **PER QUALI ATTIVITA' SEI DISPONIBILE?**

SANITARIO PROTEZIONE CIVILE

✓ **HAI CONOSCENZA DI BASE SULLE TELECOMUNICAZIONI RADIO?**

SI NO se si di che tipo? _____

✓ **HAI CONOSCENZA DI BASE SULL'USO DEL PC?**

SI NO se si indica quali programmi conosci _____

✓ **SEI DISPOSTO A SEGUIRE CORSI DI FORMAZIONE?**

SI NO SOLO SE IN PROVINCIA DI LECCE OVUNQUE
SOLO IN ASSOCIAZIONE SANITARIO PROTEZIONE CIVILE

✓ **Brevetti, Patenti e licenze possedute** (indicare anche l'ente che le/li ha rilasciate/i)

✓ **Abilitazioni possedute** (Soccorritore 1° livello, WB, G, AIB, BLS, BLSD, PTC, corsi con vigili del fuoco, corsi con forestale, ecc... Indicare anche l'ente che le ha rilasciate)

✓ **Allergie** (Sei allergico a farmaci, cibo, insetti, ecc.. Indicare cosa causano alla tua persona)

✓ **Attrezzatura che sai utilizzare** (decespugliatore, escavatore, atomizzatore, trattore, ecc...)

Professione all'esterno dell'Associazione (barrare con una X)	Medico	Infermiere	Elettricista	Idraulico
	Cuoco	Aiuto cuoco/Cameriere	Operaio edile	Operaio meccanico
	Dirig. / Imprend.	Ing. / Arch. / Geom.	Informatico	Impiegato
	Altro (specificare)			
Altre specializzazioni e/o lingue conosciute				

Nelle emergenze di massa si possono richiedere al tuo datore di lavoro i benefici di Legge? (ex art. 9) – (barrare con una X)

SI

NO

Sei disponibile per le emergenze di massa?

SI NO DIPENDE DA _____

Ho bisogno di un preavviso di n° _____ ore giorni

Hai mai partecipato alle emergenze di massa?

SI NO

Corsi sanitario (barrare con una X)
Livello base (1° livello)
Livello avanzato (2° livello)

Qualifiche prot. civile (barrare con una X)		
WB	G	
Abilitato guida mezzi (3)	ambulanza	Altri mezzi

NOTE: _____

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ARTICOLO 13, D.LGS. N. 196/2003

Il/La sottoscritto/a: _____ debitamente informato ai sensi della Legge sulla Privacy **concede il proprio consenso** a trattare, conservare e trasmettere agli enti preposti i dati personali acquisiti, in applicazione del Decreto Legislativo 196/2003

Data _____

Firma _____