



PUBBLICA ASSISTENZA FIDENZA
VIA DON TINCATI 3, 43036 FIDENZA, PR
TEL 052482943, FAX 052482842
C.F. 82003150347

DOMANDA DI AMMISSIONE A SOCIO ATTIVO

INFORMAZIONI ASPIRANTE SOCIO ATTIVO

Cognome		Nome	
Nato/a a		Il	
Residente Via/piazza		N° Civico	
Città (Provincia)		Stato	CAP
Telefono	Posta elettronica		
Cellulare	Gruppo sanguigno		
Codice fiscale		Documento identità	
Professione attuale		Presso	
Indirizzo		Telefono	
Patente di guida	Rilasciata il	da	scadenza il
Ruolo per il quale si presenta la domanda di ammissione	<input type="checkbox"/> SERVIZIO DI EMERGENZA		<input type="checkbox"/> SERVIZIO ORDINARIO
	<input type="checkbox"/> AUTISTA-SOCCORRITORE		<input type="checkbox"/> CENTRALINISTA
	<input type="checkbox"/> SOCCORRITORE		<input type="checkbox"/> BARELLIERE
	<input type="checkbox"/> CENTRALINISTA		<input type="checkbox"/> AUTISTA - BARELLIERE
	<input type="checkbox"/> AUTISTA Guardia Medica		<input type="checkbox"/> AUTISTA Guardia Medica
	<input type="checkbox"/> PROTEZIONE CIVILE		
Cittadinanza italiana?	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Se NO specificare
Precedenti collaborazioni con questa associazione?	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Se sì, quando?

SERVIZIO PRESSO ALTRE ASSOCIAZIONI NELL'AMBITO SANITARIO O RUOLI DI ORDINE SANITARIO

- L'interessato dichiara di aver preso visione del regolamento interno
- L'interessato dichiara sotto la propria responsabilità di non aver riportato condanne penali, di non essere sottoposto a misure di sicurezza o prevenzione, di non avere procedimenti penali pendenti
- L'interessato dichiara sotto la propria responsabilità di aver fornito dichiarazioni veritiere
- Si autorizza l'associazione al trattamento dei dati personali a norma di legge

Fidenza, lì _____

Firma candidato _____

Firma del socio attivo che presenta _____