



AVAP FORMIGINE - Corpo Volontari di Pronto Soccorso
via Sant'Onofrio, 3 - 41043 Formigine (MO)
Tel: 059 571409 Fax: 059 5750262
web: www.avapformigine.it e-mail: info@avapformigine.it



DOMANDA DI ADESIONE

spazio
riservato
alla
fototessera

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a il giorno _____ nel comune di _____

_____ Prov. _____

Codice Fiscale _____

Carta d'Identità N° _____ Rilasciata da _____

_____ in data _____

Residente nel comune di _____

in via _____ Prov _____

Patente N° _____ Categoria _____ Rilasciata da _____

Data scadenza _____ Stato Civile _____ Tel casa _____

Tel cellulare _____

E-mail _____

Professione _____

CHIEDE

di aderire all'associazione di volontariato AVAP FORMIGINE, con sede in via Sant'Onofrio n. 3 - 41043 Formigine (Mo) in qualità di Socio/a, **ACCETTANDO** sin da ora quanto stabilito dallo statuto e dal regolamento associativo e di intendere la propria attività a titolo gratuito. Inoltre **AUTORIZZA** l'associazione al trattamento dei miei dati personali e sensibili, sempre che ciò avvenga in rispetto della legge. (Reg. Europeo 2016/679 GDPR). Il sottoscritto/a prende visione e sottoscrive oltre alla presente domanda anche il modulo I.T.D.P. (Informativa Trattamento Dati Personali)

IL/LA CANDIDATO/A FA RICHIESTA DI ESSERE INSERITO COME:

SOSTENITORE

VOLONTARIO

Allegata alla seguente domanda il/la candidato/a allega i seguenti documenti:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> n°2 foto tessera per documenti | <input type="checkbox"/> certificato di idoneità al servizio o di sana e robusta costituzione (redatto dal proprio medico curante) |
| <input type="checkbox"/> fotocopia della carta d'identità (fronte e retro) | <input type="checkbox"/> eventuale fotocopia della tessera di vaccinazioni |
| <input type="checkbox"/> codice fiscale o tessera sanitaria | |
| <input type="checkbox"/> fotocopia della patente di guida (fronte e retro) | |

Se il candidato ha scelto di essere inserito come VOLONTARIO, al fine di facilitare il lavoro dei preposti alla gestione dei turni si prega di voler segnalare la propria disponibilità (minimo due volte al mese) barrando le caselle sottostanti:

	Mattino	Pomeriggio	Sera	Notte
Lunedì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Martedì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mercoledì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Giovedì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Venerdì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sabato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domenica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Formigine, li _____ Firma del/la candidato/a _____

IL/LA CANDIDATO/A DA LA PROPRIA DISPONIBILITA' IN OLTRE A:

- Fare parte degli equipaggi che svolgono servizi interospedalieri / sociali
- Fare parte degli equipaggi che svolgono servizi di Emergenza Urgenza
- Fare parte del gruppo interno di protezione civile
- Svolgere mansioni di autista d'ambulanza e automedica per servizi di emergenza urgenza
- Svolgere mansioni d'autista per pulmini e altri mezzi per servizi interospedalieri / sociali
- Svolgere altre mansioni tipo centralinista ecc...
- Essere contattato per sostituzioni improvvise (salvo impegni personali al momento)
- Essere contattato per trasferimenti lunghi / trasporti all'estero
- Essere contattato per la copertura di assistenze a gare sportive / manifestazioni / altri eventi

**SI DICHIARA D'ACCORDO CON L'ASSOCIAZIONE A SVOLGERE TUTTI I CORSI E GLI AFFIANCAMENTI
OBBLIGATORI PER LO SVOLGIMENTO DELLE MANSIONI PER QUALI HA DATO DISPONIBILITA'**

SI NO

PARTE RISERVATA ALL'ASSOCIAZIONE

il candidato/a è stato/a valutato/a idoneo/a all'inserimento nell'associazione

IDEONEO/A NON IDEONEO/A

visto dal Resp. Formazione in data _____

deliberato dal Consiglio Direttivo in data _____

numerazione provvisoria _____

numero tessera registro _____

numero badge assegnato _____

eventuale data dimissione _____

Data di Accettazione _____ Firma del Presidente: _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(art.13 del Regolamento UE 27 Aprile 2016 n. 679 in materia di protezione dei dati personali)

Gentile candidato / candidata, socio / socia,

in conformità ai requisiti posti dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR) in materia di protezione dei dati personali, AVAP FORMIGINE CORPO VOLONTARI DI PRONTO SOCCORSO DI FORMIGINE ONLUS, in qualità di Titolare del trattamento dei dati personali, la informa in merito all'identità e ai dati di contatto del titolare del trattamento, alle finalità del trattamento, ai soggetti destinatari dei dati raccolti, al periodo di conservazione dei dati personali ed ai diritti dell'interessato.

Identità e dati di contatto del titolare del trattamento

Il titolare del trattamento dei dati è: AVAP FORMIGINE CORPO VOLONTARI DI PRONTO SOCCORSO DI FORMIGINE ONLUS, con sede legale in via Sant'Onofrio, n. 3, Formigine (MO), C.F. 94060000364, Tel: 059/571409, Mail: amministrazione@avapformigine.it, Pec: avapformigine@pcert.postecert.it, nella persona del Legale Rappresentante/titolare *pro tempore*.

Oggetto del trattamento

Il Titolare tratta i dati personali, identificativi e sensibili direttamente acquisiti presso l'interessato, in relazione al rapporto associativo.

Base giuridica e finalità del trattamento

La base giuridica del trattamento dei dati risiede nel consenso al trattamento, in relazione al rapporto associativo instaurato.

I dati personali sono trattati solo previo specifico e distinto consenso, ai sensi dell'art.7 GDPR, per le seguenti finalità:

- A - dar corso alla sua adesione, volta a fornire e organizzare i servizi e programmare le attività, in conformità allo Statuto, al Regolamento ed al Codice Etico dell'associazione;
- B - adempiere ai fini associativi, come definiti nello Statuto e eseguire gli obblighi di carattere legislativo di settore, per quanto attiene all'attività complessiva ed al ruolo dell'associazione;
- C - adempiere agli obblighi di legge (contabili, fiscali, civilistici – tra cui la stipula dell'assicurazione contro gli infortuni, malattie, RCT, ecc.) e normativa comunitaria;
- D - farle pervenire comunicazioni ed informazioni di carattere associativo, commerciali, ecc.;
- E – implementazione del sito dell'associazione e partecipazione ad attività di promozione.

Modalità del trattamento e periodo di conservazione dei dati

Il trattamento dei dati personali è realizzato per mezzo delle operazioni indicate all'art. 4 n.2 GDPR e precisamente: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati.

Tramite i dati forniti non sarà effettuata alcuna attività di profilazione, così come definita dall'art.4 n.4 GDPR.

I dati personali sono sottoposti a trattamento sia cartaceo, sia elettronico, sia automatizzato.

Il Titolare tratterà i dati personali e sensibili per il tempo necessario per adempiere alle finalità di cui sopra e comunque non oltre 10 anni dalla cessazione del rapporto associativo.

Soggetti destinatari dei dati raccolti

I dati potranno essere resi accessibili per le finalità di cui sopra:

- a dipendenti e collaboratori del Titolare, nella loro qualità di autorizzati e/o responsabili interni del trattamento e/o amministratori di sistema;
- a studi professionali, consulenti, società di assicurazione per la prestazione di servizi assicurativi;
- ad ANPAS, ad altri enti ed associazioni a noi collegate per le finalità istituzionali.

I dati forniti potranno essere inoltre comunicati, a seguito di ispezioni, verifiche o richieste, a Organismi di Vigilanza, alla Amministrazione Finanziaria e ad enti/organismi preposti, in relazione agli obblighi di legge. I suddetti dati non saranno comunque oggetto di diffusione.

Trasferimento dati

La gestione e la conservazione dei dati personali avverrà su server ubicati all'interno dell'Unione Europea del Titolare e/o di società terze incaricate.

I dati non saranno oggetto di trasferimento al di fuori dell'Unione Europea. Resta in ogni caso inteso che il Titolare, ove si rendesse necessario, avrà facoltà di spostare l'ubicazione dei server in Italia e/o Unione Europea e/o Paesi extra-UE. In tal caso, il Titolare assicura sin d'ora che il trasferimento dei dati extra-UE avverrà in conformità alle disposizioni di legge applicabili stipulando, se necessario, accordi che garantiscano un livello di protezione adeguato e/o adottando le clausole contrattuali standard previste dalla Commissione Europea.

Natura del conferimento dei dati e conseguenze del rifiuto di rispondere

Il conferimento dei dati per le finalità A-B-C è facoltativo. Tuttavia, in caso di rifiuto, non si potrà dare seguito alla richiesta di adesione all'associazione.

Il conferimento dei dati per le finalità D-E è facoltativo e, in caso di suo rifiuto, non ci saranno conseguenze.

Diritti dell'interessato

In relazione al trattamento di dati personali l'interessato ha diritto:

- di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali (art.15) e la rettifica (art. 16), o la cancellazione degli stessi (art.17), o la limitazione del trattamento (art.18) dei dati che lo riguardano, o di opporsi al loro trattamento (art.21);
- di chiedere la portabilità dei dati (art.20);
- di revocare il consenso in qualsiasi momento, senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca (art.7 par.3);
- di proporre reclamo a un'autorità di controllo (art.51).

data _____

Il Titolare del trattamento

AVAP FORMIGINE CORPO VOLONTARI DI PRONTO
SOCCORSO ONLUS

ACQUISIZIONE DEL CONSENSO

(art.7 del Regolamento UE 27 Aprile 2016 n. 679 in materia di protezione dei dati personali)

Ricevuta l'informativa ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e con la sottoscrizione che segue, l'interessato

sig./ sig.ra _____ esprime formale e libero consenso al trattamento dei dati personali, secondo le modalità, nei limiti e per le finalità A-B-C di cui all'informativa.

Autorizza inoltre il trattamento dei dati personali al fine di ricevere comunicazioni ed informazioni associative, economiche e di altro genere, anche attraverso e-mail (finalità D).

ACCONSENSO

NON ACCONSENTO

L'interessato potrà in ogni caso chiedere la cessazione di tale trattamento, inviando una mail con oggetto "cancellami", al seguente indirizzo: amministrazione@avapformigine.it.

Autorizza infine la pubblicazione delle proprie immagini (foto, video) per uso istituzionale (attività socio-assistenziali, pubblicazioni e siti internet istituzionali, ecc.). Ne vieta altresì l'uso in contesti che ne pregiudichino la dignità personale ed il decoro. La posa e l'utilizzo delle immagini sono da considerarsi effettuate in forma gratuita (finalità E).

ACCONSENSO

NON ACCONSENTO

Dichiara altresì di essere a conoscenza dei diritti a favore dell'interessato.

data _____

(firma dell'interessato)

Se minorenne, _____
(firma del genitore o di chi ne fa le veci)

Egregio/a collega,

Sono sottoporre alla sua attenzione questo modulo anamnestico confidando nella essenziale collaborazione della figura sanitaria che più di ogni altro conosce le caratteristiche del proprio assistito.

Per poter accettare qualunque individuo a pieno titolo ed in qualità di socio attivo nella nostra Associazione di Volontariato che opera in ambito di soccorso ed assistenza sanitaria risulta essenziale poter considerare preventivamente la idoneità psico-fisica dello stesso, pur meritevole di stima per il solo fatto di essersi proposto.

Pur ritenendo comunque essenziale in tal senso un giudizio di idoneità in ingresso da parte di questa direzione sanitaria sono consapevole della difficoltà insormontabile di fondare un tale giudizio sui soli dati emergenti dalla visita da parte mia.

Per questi motivi sono a chiedere la sua collaborazione preziosa nel compilare la parte A e B del modulo anamnestico allegato.

Rimango sempre a disposizione per ogni eventuale chiarimento.

Ringraziandola anticipatamente, porgo Distinti Saluti.

Dott. Davide Annovi

(Direttore Sanitario di AVAP FORMIGINE Corpo Volontari di Pronto Soccorso)

CERTIFICATO ANAMNESTICO DI IDONEITA' PSICOFISICA AL SERVIZIO

PARTE A (a cura dell'CANDIDATO)

Io sottoscritto/a _____

Nato/a il giorno _____ nel comune di _____

_____ Prov. _____

Codice Fiscale _____

Carta d'Identità N° _____ Rilasciata da _____

in data _____

Residente nel comune di _____

in via _____ Prov _____

Patente N° _____ Categoria _____ Rilasciata da _____

Data scadenza _____ Stato Civile _____ Tel casa _____

Tel cellulare _____

E-mail _____

Professione _____

PARTE B (a cura del MEDICO DI FAMIGLIA)

ASSENZA

PRESENZA

PATOLOGIE PSICHIATRICHE

Se presenti specificare _____

PATOLOGIE NEUROLOGICHE

Se presenti specificare _____

PATOLOGIE MUSCOLO-SCHELETRICHE

Se presenti specificare _____

PATOLOGIE CARDIOCIRCOLATORIE

Se presenti specificare _____

PATOLOGIE RESPIRATORIE

Se presenti specificare _____

PATOLOGIE INFETTIVE/DIFFUSIVE

Se presenti specificare _____

DEFICIT VISIVI E/O ACUSTICI

Se presenti specificare _____

TERAPIA FARMACOLOGICA CRONICA

Se presenti specificare _____

CONDIZIONI DI ABUSO ETILICO

CONDIZIONI DI TOSSICODIPENDENZA

VALIDA VACCINAZIONE ANTITETANICA

VALIDA VACCINAZIONE EPATITE B

Data _____ Firma e Timbro Medico Curante _____

PARTE C (a cura del Direttore Sanitario di AVAP FORMIGINE Corpo Volontari di Pronto Soccorso)

SALIENZE DELL'ESAME ANAMNESTICO

SALIENZE DELL'ESAME OBIETTIVO

INDICAZIONE AD ULTERIORI ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E/O SPECIALISTICI

NOTE

GIUDIZIO DI IDONEITA' RISERVATO AL DIRETTORE SANITARIO

il candidato/a è stato/a valutato/a idoneo/a all'inserimento nell'associazione

IDEONEO/A

NON IDONEO/A

Data _____ Firma e Timbro direttore Sanitario _____