



AVAP FORMIGINE

Corpo Volontari di Pronto Soccorso

ENTE MORALE LEGALMENTE RICONOSCIUTO - ODV C.F. 94060000364
Via S. Onofrio 3 - (41043) Formigine (MO) Tel: 059 57 14 09 Fax 059 57 50 262
Mail: info@avapformigine.it Pec: avapformigine@pcert.postecert.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 Privacy.

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

Alliegata 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) | |

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: _____



AVAP FORMIGINE

Corpo Volontari di Pronto Soccorso



ENTE MORALE LEGALMENTE RICONOSCIUTO - ODV C.F. 9406000036
Via S. Onofrio 3 - (41043) Formigine (MO) Tel: 059 57 14 09 Fax 059 57 50 262
Mail: info@avapformigine.it Pec: avapformigine@pcert.postecert.it

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. Stefano Baroni

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

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 OBBIETTIVO

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

IDONEO/A

NON IDONEO/A

Data _____ Firma e Timbro direttore Sanitario _____