



CROCE ROSSA ITALIANA - VAL DI FASSA

CROUSC CHECENA - VAL DE FASCIA

COMITATO LOCALE – COMITAT LOCAL



Piaz Jan Batista Massar, 7 - 38039 VIGO DI FASSA - VICH (TN)

Tel. 0462-764266 - Fax 0462-763188

www.crifassa.com - vds.vigo@critrentino.it

La/Il sottoscritta/o _____ nata/o a _____

Il _____ residente a _____ Prov. di _____

Via _____ n° _____ CAP _____ Tel. _____

Gruppo sanguigno _____

Documento di riconoscimento _____ n° _____

Rilasciato il _____ da _____

CHIEDE

di entrare a far parte dei Volontari del Soccorso o Pionieri della C.R.I., gruppo di

VIGO DI FASSA

MOENA

A tal fine e sotto la propria responsabilità dichiara:

- di aver preso visione dello Statuto della Croce Rossa Italiana, del Regolamento Nazionale dei Volontari del Soccorso e Pionieri e di quello del gruppo V.d.S. e Pionieri ed accettarli integralmente,
- di essere cittadino italiano
- di non aver riportato condanne penali
- di non aver a tutt'oggi precedenti penali a suo carico in corso
- di essere iscritto presso le seguenti altre associazioni _____
- di essere in possesso del seguente titolo di studio _____
- di avere attualmente i seguenti studi in corso _____
- di conoscere le seguenti lingue straniere _____
 - correttamente
 - scolasticamente
- di aderire immediatamente alla CRI in qualità di Socio temporaneo _____
- di essere a conoscenza che la propria iscrizione ai Volontari del Soccorso o Pionieri della CRI è subordinata alla frequenza di apposito corso di qualificazione ed al superamento del relativo esame finale e periodo di prova.
- di restituire, dietro richiesta dell'Ispettore del Gruppo, tutti i documenti ed il materiale che gli saranno concessi in uso temporaneo dalla CRI.
- di impegnarsi a comunicare alla segreteria del Gruppo di appartenenza ogni variazione relativa alle notizie fornite nel presente modulo.

Che ogni eventuale comunicazione dovrà esserle/gli inviata al seguente indirizzo:

a tutti gli effetti di Legge, impegnandosi sotto la propria responsabilità a comunicare ogni eventuale cambio di domicilio.

Autorizzazione al trattamento dei dati personali

Il sottoscritto _____ autorizza la Croce Rossa Italiana Val di Fassa, al trattamento dei dati personali in conformità alle disposizioni sulla privacy (675/96) limitatamente all'uso di esclusiva competenza delle attività operative dell'associazione.

Data ____/____/____.

Firma _____