



MISERICORDIA DI SCARPERIA

DOMANDA DI ISCRIZIONEID 424Data

Cognome-Nome	Luogo di nascita	Prov	Data di nascita
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Residente a	Indirizzo	Provincia	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tel abitazione	Tel cellulare	Tel cellular	Posta elettronica
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Codice Fiscale	Patente n°	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Gruppo sanguigno	Rh	Allergie
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vaccinazioni	<input type="checkbox"/> Epatite A <input type="checkbox"/> Epatite B <input type="checkbox"/> Tetano <input type="checkbox"/> Tubercolosi	<input type="text"/>
<input type="text"/>		

	A	<input type="checkbox"/> Emergenza medica 118	1	<input type="checkbox"/> Autista ambulanza
	B	<input type="checkbox"/> Servizi ordinari 118	2	<input type="checkbox"/> Autista auto
	C	<input type="checkbox"/> Servizi ordinari Esculapio	3	<input type="checkbox"/> Autista pulmino
	D	<input type="checkbox"/> Servizi sociali	4	<input type="checkbox"/> Soccorritore
	E	<input type="checkbox"/> Servizi funebri	5	<input type="checkbox"/> Accompagnatore
	F	<input type="checkbox"/> Protezione Civile		
	G	<input type="checkbox"/> Punto di Collegamento		
	H	<input type="checkbox"/> Gruppo Fratres		
Settore di impiego	<input type="text"/>	In qualità di	<input type="text"/>	

Qualifiche sanitarie	Del	Sede	Ultimo retraing
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Qualifiche Protezione Civile	Del	Sede	Ultimo retraing
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Firma

Chiedo di essere iscritto/a come socio-volontario attivo presso la Confraternita di Misericordia di Scarperia, impegnandomi a rispettare lo Statuto della Misericordia ed il Regolamento Interno o Ordine di Servizio. Il volontario e' assicurato: infortuni-malattia-responsabilità civile. Il volontario autista dichiara di essere in possesso di patente di guida in corso di validità e di dare tempestiva comunicazione in caso di revoca o sospensione della stessa.

Firma **SPAZIO RISERVATO ALLA MISERICORDIA**Inattivo da Firma Lettera di presentazione Si NoColloquio col Responsabile Fratelli/Sorelle e/o Governatore in data ESITO FINALE ACCETTATO NON ACCETTATOIl Responsabile Il Governatore



**Ven. CONFRATERNITA DI MISERICORDIA
S C A R P E R I A**

TRATTAMENTO DATI PERSONALI

**PER TUTTI I VOLONTARI E VOLONTARIE DELLA CONFRATERNITA DI
S C A R P E R I A**

D.Lgs. N° 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali"

Si comunica che, in accordo a quanto disposto dal D. Lgs. 196/2003, "Codice in materia di protezione dei dati personali", la Misericordia svolge il trattamento dei dati personali come titolare del trattamento solo per i servizi privati.

Nei servizi comandati (dalla ASL, Centrale del Volontariato, Comunità Montana, ecc.) anche se la titolarità del trattamento è svolta dagli Enti richiedenti. In questi servizi il nostro compito è il trasporto dei pazienti nel modo adeguato ma non siamo autorizzati ad altri tipi di trattamento dei dati personali.

Inoltre, anche se già noto, ancora una volta si raccomanda la massima riservatezza rispetto ai dati dei pazienti ed alla relativa documentazione, con particolare riguardo a quelli che possono far dedurre la patologia. Ciò anche in accordo con quanto stabilito dalle "Disposizioni e modalità di attuazione dell'accordo quadro regionale per il trasporto sanitario" – che all'Art. 10 comma 2 recita: "Il personale dell'Associazione non può rivelare, in alcun modo ed in qualsiasi forma, notizie o fatti di cui sia venuto a conoscenza in relazione all'attività svolta che comportino la divulgazione di informazioni protette dal citato D. Lgs. N° 196/2003".

Si precisa che la divulgazione impropria di informazioni comporta la responsabilità diretta del Volontario.

Il Responsabile del trattamento: Stefano Faucci

Visto sopra accetto quanto richiesto impegnandomi a rispettare la massima riservatezza rispetto ai dati dei pazienti e alla relativa documentazione.

Scarperia, li

L'interessato Cognome Nome

Firma