



MODULO DI ISCRIZIONE

Pag 1 di 4

Al Consiglio Direttivo dei Volontari Del COSP-ONLUS di Flero

Io Sottoscritto, consapevole dei doveri e degli obblighi derivanti dall'appartenenza al Corpo Militi Volontari del COSP Flero e della scrupolosa osservanza delle norme dello Statuto e del Regolamento dell'Associazione e di **accettare di svolgere il servizio di volontariato totalmente GRATUITO.**

CHIEDE

di far parte del Corpo Militi Volontari del COSP Flero

possibilmente dei giorni di _____ dalle ore _____ alle ore _____

ATTENZIONE: Compilare in OGNI parte, in modo leggibile

Flero, li ____ / ____ / ____

Generalità

Nome _____ Cognome _____ Sesso M F

Nato a _____ Provincia di _____ il ____ / ____ / ____

Residente a _____ via _____ n° _____

CAP _____ n° Telefono _____ Stato civile _____

Titolo di studio _____ Professione _____

Carta d'identità n° _____ Rilasciata dalla M.C.T.C di _____

Il ____ / ____ / ____ Valevole fino al ____ / ____ / ____ Categoria _____

Esperienza in altre associazioni

Nome _____ dal _____ al _____ in qualità di _____

Informazioni sanitarie:

A.S.L. di appartenenza _____ Gruppo sanguigno _____ RH _____

Vaccinazione antitetanica:

1° ____ / ____ / ____ 2° ____ / ____ / ____ Ultimo richiamo ____ / ____ / ____

Vaccinazione antiepatite virale tipo B

1° ____ / ____ / ____ 2° ____ / ____ / ____ Ultimo richiamo ____ / ____ / ____

FIRMA

(per i minorenni occorre la firma di un genitore) _____



MODULO DI ISCRIZIONE

Pag 2 di 4

Oggetto: Informativa ai sensi dell'art. 10 della Legge 675/96

Caro volontario,

come avrai rilevato dalla stampa, la legge in oggetto, volta a tutelare il diritto delle persone alla riservatezza, la famosa "privacy", deve essere applicata anche al C.O.S.P. di Flero.

Lo scopo della legge è in sostanza, quello di fare in modo che i dati personali di cui le Associazioni di volontariato sono in possesso, siano usati per scopi noti ai soci e da costoro consentiti.

Quindi, poiché il C.O.S.P. di Flero è in possesso dei Tuoi dati anagrafici e sanitari, dobbiamo garantirti che tali non saranno divulgati per scopi diversi da quelli che sono gli scopi istituzionali del C.O.S.P. di Flero.

Riteniamo nostro dovere ricordarti gli scopi per i quali il C.O.S.P. di Flero procede al trattamento dei tuoi dati e predisporre gli strumenti per acquisire il Tuo consenso.

Ti comunichiamo, pertanto, di seguito, gli scopi per i quali i Tuoi dati sono trattati e comunicati, precisandoti che solo quelli indicati ai punti 1-2-3 riguardano anche i dati sanitari, mentre tutti gli altri riguardano solo i dati anagrafici.

1. tutela del volontario
2. comunicazioni alle associazioni
3. comunicazione alle autorità amministrative e sanitarie, in base alle loro richieste e per la completa consecuzione dei fini associativi
4. comunicazione alla stampa, alle radio, alle televisioni, in caso di consecuzione di benemerenzza, di feste sociali o di simili manifestazioni
5. svolgimento d'attività promozionali per l'associazione
6. spedizione della stampa associativa

Con l'occasione ti comunichiamo che Titolare della gestione dei dati è il sig. Gianfranco Gogna, Presidente pro-tempore del C.O.S.P. di Flero.

Cordiali saluti

Il presidente: Gianfranco Gogna

Firma per ricevuta: _____

Modulo d'acquisizione del consenso per i Soci

Il sottoscritto _____, socio del C.O.S.P. di Flero, ricevuta l'informativa di cui alla lettera che precede sull'utilizzazione dei propri dati personali, anagrafici e sanitari, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96, consente al loro trattamento nei limiti necessari al conseguimento degli scopi del C.O.S.P. di Flero.

Data ____ / ____ / ____

Firma _____



MODULO DI ISCRIZIONE

Pag 3 di 4

C.O.S.P. Onlus Flero
Centro Operativo Soccorso Pubblico
Via Mazzini, 9 – Flero (BS)
Direzione Sanitaria

Gentile Collega,

richiedo la tua cortese collaborazione in qualità di medico curante del milite che ti consegnerà questa lettera.

Come saprai il servizio del 118, servizio d'emergenza e urgenza, sul territorio nazionale per Brescia e provincia, è stato affidato al PS dell'Ospedale Civile di Brescia, dove ha sede la centrale operativa, ed alle associazioni di volontariato convenzionate con il 118.

Tale convenzione prevede la verifica dell'idoneità psicofisica dei militi che svolgeranno tale servizio. Non essendo organizzativamente possibile sottoporre tutti i militi agli esami chimico-strumentali di routine (ematici, RX torace, ECG), ed essendo il proprio Medico di Base in prima persona a conoscere la storia clinica dei propri pazienti, Ti chiedo cortesemente la tua collaborazione, segnalando se il Tuo assistito è affetto da patologie importanti.

A tale scopo Ti chiedo gentilmente di compilare il modulo allegato e consegnarlo al Tuo paziente con timbro e firma.

RingraziandoTi per la tua cortese collaborazione, porgo cordiali saluti.

Il direttore sanitario: Dott.ssa Albarosa Ferrari.

Il sottoscritto Medico Curante del Sig./a _____
dichiaro che in base ai dati in mio possesso e a quanto dichiarato dal paziente stesso, la sua situazione sanitaria attuale è la seguente:

§ Malattie cardiovascolari	NO	SI	
§ Epatopatie	NO	SI	
§ Diabete	NO	SI	
§ Epilessia	NO	SI	
§ Malattie psichiche	NO	SI	Progresso
§ Malattie neurologiche	NO	SI	Progresso
§ Abuso di alcolici	NO	SI	Progresso
§ Uso di psicofarmaci	NO	SI	Progresso
§ Uso di stupefacenti	NO	SI	Progresso

Data ____ / ____ / ____

Timbro e Firma: _____



MODULO DI ISCRIZIONE

Pag 4 di 4

Egregio collega,

La richiesta in oggetto è l'attestazione mediante certificato medico, redatto dal proprio medico curante (in quanto esso è a conoscenza di eventuali patologie o assunzioni di farmaci che possano interferire con tale attività) di idoneità a svolgere attività di volontariato in ambito sanitario.

In calce un fax simile:

Si certifica che il Sig./a _____ risulta in buono stato psicofisico e pertanto idoneo a svolgere attività di volontariato in ambito sanitario.

Ringrazio e a disposizione in caso di chiarimenti.

Si richiede gentilmente che detto certificato sia rilasciato senza nessun onere per il volontario.

Cordialità, il Direttore Sanitario

Albarosa Ferrari