



Amministrazione destinataria  
Comune di Ospedaletto Lodigiano

Ufficio destinatario  
Polizia Locale

## Richiesta di iscrizione all'albo comunale dei volontari

### Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

### CHIEDE

di essere inserito nell'albo comunale dei volontari civici, con specifico riferimento alle sotto elencate aree di intervento

- finalità di carattere sociale
- finalità di carattere civile
- finalità di carattere culturale

### con le seguenti disponibilità di tempo

#### Fascia giornaliera

- mattina
- pomeriggio
- sera
- notte

#### Mesi

- |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> gen | <input type="checkbox"/> feb | <input type="checkbox"/> mar | <input type="checkbox"/> apr | <input type="checkbox"/> mag | <input type="checkbox"/> giu |
| <input type="checkbox"/> lug | <input type="checkbox"/> ago | <input type="checkbox"/> set | <input type="checkbox"/> ott | <input type="checkbox"/> nov | <input type="checkbox"/> dic |

#### Giorni del mese

- alcuni giorni del mese (specificare)
- tutti i giorni del mese

**Disponibilità giorni della settimana**

- lun                       mar                       mer                       gio  
 ven                       sab                       dom

**Eventuali date specifiche****Eventuali periodi specifici**

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

**DICHIARA**

- di risiedere stabilmente nel Comune destinatario della richiesta di iscrizione
- di voler prestare la propria opera in modo volontario e gratuito
- di non avere malattie o handicap che possano pregiudicare la propria incolumità nello svolgimento dell'attività di protezione civile
- di non avere in corso procedimenti penali e di non aver subito condanne penali che impediscano lo svolgimento di un pubblico servizio così come previsto dall'articolo 358 del Codice Penale
- di aver preso visione del Regolamento comunale e di accettarlo integralmente senza riserve
- di sottoporsi alle verifiche periodiche previste dal Decreto Legislativo 09/04/2008, n. 81
- di essere in possesso del seguente titolo di studio

Titolo di studio	Istituto presso il quale è stato conseguito	Anno conseguimento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- di essere in possesso delle seguenti esperienze professionali

Esperienza professionale	Durata esperienza
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

- di essere in possesso delle seguenti specializzazioni e/o attitudini, anche non professionali

Specializzazioni e/o attitudini
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

- che attualmente è già volontario

Impegno e ruolo
<input type="text"/>

di conoscere le seguenti lingue estere

Lingua estera	Livello di conoscenza

di essere in possesso della patente di guida

Categoria	Numero	Data	Ente di riferimento

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

#### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- copia del permesso di soggiorno  
*(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)*
- copia del documento d'identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati

#### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Ospedaletto Lodigiano

Luogo

Data

il dichiarante