



**SCHEMA DI PRENOTAZIONE E ADESIONE AL SERVIZIO VOLONTARIATO & VACANZA
PRESSO IL COMITATO ALTIPIANI – SEDI DI FOLGARIA E LAVARONE**

Attenzione: la prenotazione sarà confermata con invio della CONFERMA DI PRENOTAZIONE alla Sede CRI di appartenenza del volontario ospite. È compito del volontario ospite informare al più presto i propri responsabili della richiesta inoltrata al Comitato Altipiani.

Dati del Volontario

Cognome e Nome _____ Data di nascita _____

Cellulare personale _____ E-mail personale _____

Comitato CRI/Sede CRI di appartenenza _____

E-mail Comitato CRI/Sede CRI _____

Telefono Comitato CRI/Sede CRI _____ Fax Comitato/Sede CRI _____

Hai il **TSSA** (ex PSTI) per svolgere **servizi di URGENZA-EMERGENZA**? ☐ SÌ ☐ NO

Se **Sì**, sei in regola con gli aggiornamenti annuali? ☐ SÌ ☐ NO

Nella tua sede svolgi servizi di URGENZA-EMERGENZA? ☐ SÌ ☐ NO

Sei autorizzato a svolgere servizi di URGENZA-EMERGENZA presso il Comitato Altipiani durante il tuo periodo di Volontariato & Vacanza? ☐ SÌ ☐ NO

Hai l'abilitazione **BLS-D** e **PBLS-D** (o FULL-D) per l'utilizzo del DAE? ☐ SÌ ☐ NO

Hai **patente** di Croce Rossa? ☐ SÌ ☐ NO Se **Sì** indica il tipo: ☐ 4 ☐ 5 ☐ Superiore

Ulteriori specializzazioni (medico, infermiere, istruttore TSSA, monitore, OPEM... etc) _____

DATA DI ARRIVO

DATA DI PARTENZA

Il sottoscritto _____ si impegna a:

- rispettare le disposizioni che saranno impartite dai responsabili del Comitato Altipiani
- svolgere i servizi che saranno assegnati
- partecipare alla formazione iniziale per apprendere le pratiche di sicurezza e uso della sede di alloggio e per lo svolgimento dei servizi

Per poter partecipare al progetto Volontariato & Vacanza il volontario deve ottenere l'**autorizzazione del Presidente** del proprio comitato che, sentito il **Direttore Sanitario/Medico competente** in qualità di responsabile del controllo sanitario dei volontari, avvalga l'autorizzazione del Presidente stesso. Il Presidente, inoltre, dichiara che il **volontario è regolarmente sottoposto a controllo/sorveglianza sanitaria come previsto da regolamenti CRI.**

Volontario ospite

FIRMA

Presidente del Comitato di provenienza

FIRMA e TIMBRO