



APPLICATION FORM

Corsi Attività di Emergenza

Corso di interesse (apporre una croce a lato del corso di interesse)

Operatore Emergenza (OPEM)

Disponibilità

Disponibile ad essere impiegato per operazioni o aggiornamenti per un periodo annuo minimo di 50 ore: SI NO

Anagrafica

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Nazionalità _____ Codice fiscale _____ Sesso: F M

Residenza:

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____ Prov _____

Telefono _____ Cellulare _____

Fax _____ E-Mail _____

Principali esperienze nell'ambito della Croce Rossa Italiana

Area di attività (o dipendente) _____

Anno di iscrizione _____ Comitato di appart. _____

Componente _____

Note (altri corsi C.R.I.)

**Principali esperienze nel settore Attività Emergenza della C.R.I.
Emergenze (locali/regionali/nazionali/internazionali) - specificare durata permanenza e ruolo ricoperto**



Il sottoscritto, ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003 autorizza la Croce Rossa Italiana al trattamento dei dati personali contenuti nel presente modulo, ai fini dell'organizzazione delle attività formative previste.

Data ____/____/____

Firma _____

Si autorizza, il Presidente dell'Unità
(o Comandante Centro di Mobilitazione)

(timbro e firma)

**TRASMETTERE IL MODULO ESCLUSIVAMENTE ALL'INDIRIZZO EMAIL DELLA
SALA OPERATIVA AE sop.cagliari@emergenza.cri.it**

ENTRO IL 3 AGOSTO 2017