



**CROCE ROSSA ITALIANA**  
**Comitato Locale di CARPI**

## SCHEDA ANAGRAFICA DEL VOLONTARIO

*Cognome:* \_\_\_\_\_ *Nome:* \_\_\_\_\_

*Sesso:*<sup>2</sup> **M** **F** *Comune di residenza:* \_\_\_\_\_ *Prov.:*<sup>3</sup> \_\_\_\_\_

*CAP.:* \_\_\_\_\_ *Indirizzo di residenza:* \_\_\_\_\_

*1° tel.:* \_\_\_\_\_ *2° tel.:* \_\_\_\_\_ *Codice Fiscale:* \_\_\_\_\_

*Nato/a a:* \_\_\_\_\_ *Prov.:*<sup>3</sup> \_\_\_\_\_ *Nazione:*<sup>3</sup> \_\_\_\_\_

*Il:* \_\_\_\_\_ *Pat. civile n°:* \_\_\_\_\_ *Categoria:* \_\_\_\_\_ *Rilasciata il:* \_\_\_\_\_

*Rilasciata da:* \_\_\_\_\_ *Data di scadenza:* \_\_\_\_\_

*Gruppo sanguigno:*<sup>4</sup> \_\_\_\_\_ *Fattore RH:*<sup>4</sup> \_\_\_\_\_ *Data ultima visita medica:*<sup>4</sup> \_\_\_\_\_

*Titolo di studio:* \_\_\_\_\_

*Professione:* \_\_\_\_\_

*Comune di domicilio:*<sup>5</sup> \_\_\_\_\_ *Provincia:*<sup>5</sup> \_\_\_\_\_ *CAP.:*<sup>5</sup> \_\_\_\_\_

*Indirizzo:*<sup>5</sup> \_\_\_\_\_

*Data:*<sup>6</sup> \_\_\_\_\_ *Firma del nuovo iscritto:* \_\_\_\_\_

1. Da trasmettere al Comitato Provinciale/Locale.
2. Barrare.
3. Sigla automobilistica.
4. Se conosciuto
5. Se diverso da quello di residenza
6. Data di trasmissione dati al Comitato.

**Croce Rossa Italiana - Comitato Locale di Carpi**  
**via Guastalla, 5 – C.A.P. 41012 - Carpi (Mo) – Tel 059 – 68.54.77 Fax 059 68.54.77**