



## **Requisiti per accedere alla Croce Rossa Italiana**

- Essere socio della Croce Rossa Italiana (l'iscrizione di € 16,00 può essere effettuata anche durante il corso);
- Avere compiuto 14 anni;
- Essere cittadino italiano o cittadino di uno Stato dell'Unione Europea o cittadino di uno Stato non comunitario, purché in possesso di regolare permesso di soggiorno;
- Non essere stato condannato, con sentenza passata in giudicato, per uno dei reati comportanti la destituzione dei pubblici uffici;
- Assumere l'impegno a svolgere gratuitamente le attività, anche di tipo intellettuale o professionale, previste dal Regolamento per l'Organizzazione ed il Funzionamento delle Componenti Volontaristiche della Croce Rossa Italiana;
- Essere in possesso di certificato medico di idoneità psico-fisica;
- Avere compilato e sottoscritto la domanda di iscrizione al Comitato locale di Carpi allegando i seguenti documenti:
  - Certificato medico di idoneità psicofisica;
  - Fotocopia di un documento di identità;
  - Fotocopia Codice Fiscale;
  - 3 fotografie formato tessera;
  - L'autorizzazione dei genitori per i minorenni.



## SCHEDA ANAGRAFICA DEL VOLONTARIO

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Sesso **M** **F** Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Luogo di Nascita \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Data di Nascita \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale

**Residenza:**  
Comune di residenza \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_  
Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_  
**Domicilio:** (solo se diverso dalla residenza)  
Comune di domicilio \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_  
Indirizzo di domicilio \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_

Tipo di patente \_\_\_\_\_ Categoria **A B C D BE CE DE** Numero \_\_\_\_\_  
Rilasciata il \_\_\_\_\_ Da \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_

Gruppo sanguigno \_\_\_\_\_ Fattore RH \_\_\_\_\_ Data ultima visita medica \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



**AUTORIZZAZIONE DEL GENITORE  
ESERCITANTE LA PATRIA POTESTA'**  
(SE MINORENNE)

Con la presente il/la sottoscritto/a: \_\_\_\_\_

Nato/a: \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

Genitore esercitante la patria potestà su \_\_\_\_\_

Nato/a: \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

**AUTORIZZO**

Mio figlio/a ad iscriversi alla Croce Rossa Italiana Comitato di Carpi e ad accettare contestualmente i diritti e i doveri dettati dalla Statuto dell'Associazione e dei vari regolamenti vigenti.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) Indirizzo \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

Tipo documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_

Rilasciato il \_\_\_\_\_ Da \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_

Preso visione dello statuto della Croce Rossa Italiana, del regolamento per l'Organizzazione ed il funzionamento delle Componenti Volontaristiche della CRI ed accettati integralmente

**CHIEDE**

Di entrare a far parte della Croce Rossa Italiana presso il **Comitato di Carpi**.

**A tal fine e sotto la propria responsabilità dichiara:**

*(Cancellare la voce che non interessa)*

Di essere/ non essere cittadino italiano (Specificare altra eventuale cittadinanza): \_\_\_\_\_

Di avere/ non avere riportato condanne penali: \_\_\_\_\_

(Indicare le eventuali condanne riportate anche se per le stesse è stata concessa amnistia, indulto ecc.)

Di avere/ non avere a tutt'oggi procedimenti penali a suo carico in corso: \_\_\_\_\_

(Indicare le eventuali condanne riportate anche se per le stesse è stata concessa amnistia, indulto ecc.)

Di essere iscritto presso le seguenti associazioni: \_\_\_\_\_

Di essere in possesso del seguente titolo di studio: \_\_\_\_\_

Di conoscere le seguenti lingue straniere: \_\_\_\_\_

Di aderire alla CRI immediatamente in qualità di socio ordinario.

Di essere a conoscenza che la propria iscrizione alla CRI è subordinata alla frequenza di apposito corso di formazione ed al superamento dell'esame finale e successivo periodo di prova.

Di restituire, dietro richiesta dell'Ispettore di Gruppo di appartenenza, tutti i documenti ed il materiale che gli saranno concessi in uso temporaneo dalla CRI.

Di impegnarsi a comunicare alla segreteria del Gruppo di appartenenza ogni variazione relativa alle notizie fornite nel presente modulo.

Che ogni ed eventuale comunicazione dovrà essere inviata al seguente indirizzo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ a tutti gli effetti di legge, impegnandosi sotto la propria responsabilità a comunicare ogni eventuale cambio di domicilio.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



**CERTIFICATO MEDICO PER L'ISCRIZIONE AL CORSO BASE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**Esame obiettivo**

Note somatiche: \_\_\_\_\_

Altezza cm \_\_\_\_\_ Peso kg \_\_\_\_\_

Cute e annessi \_\_\_\_\_

Capo e collo \_\_\_\_\_

Torace – apparato respiratorio \_\_\_\_\_

Apparato cardio circolatorio \_\_\_\_\_

Sistema linfo ghiandolare \_\_\_\_\_

Addome \_\_\_\_\_

Fegato e milza \_\_\_\_\_

App.to urogenitale \_\_\_\_\_

Sistema nervoso e psiche \_\_\_\_\_

Organi di senso \_\_\_\_\_

Allergie e intolleranze \_\_\_\_\_

P.A. Max \_\_\_\_\_ Min \_\_\_\_\_ Gruppo sanguigno \_\_\_\_\_ RH \_\_\_\_\_

**Anamnesi Patologica**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Visto l'esito della visita medica, certifico che l'aspirante volontario sopraindicato gode di sana e robusta costituzione.

Si allegano \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_ Timbro e firma del medico curante \_\_\_\_\_