



**EKOCLUB INTERNATIONAL**  
**STRUTTURA DI PROTEZIONE CIVILE**  
**SETTORE OPERATIVO SOCCORSO TECNICO DI EMERGENZA E LOGISTICA**  
Via Salaria 298/A – 00199 Roma – Tel. 06/844094210 – Fax 06/844094217



**DOMANDA DI ISCRIZIONE INDIVIDUALE**  
*da compilarsi interamente in stampatello*

ORGANIZZAZIONE DI APPARTENENZA \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

NATO IL \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ (PR) \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ (PR) \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

VIA / CORSO / PIAZZA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

TEL. ABITAZIONE \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_

FAX ABITAZIONE \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_

TITOLO DI STUDIO \_\_\_\_\_

PROFESSIONE \_\_\_\_\_

DATORE DI LAVORO (dati completi) \_\_\_\_\_

SERVIZIO MILITARE \_\_\_\_\_ SPECIALIZZAZIONE OTTENUTA \_\_\_\_\_

IN CONGEDO CON IL GRADO DI \_\_\_\_\_

**AUTOCERTIFICAZIONE** *(il punto 1 e il punto 2 devono essere entrambi sottoscritti)*

**Punto 1:** *dichiaro di non aver mai fatto uso di sostanze stupefacenti e di non farne uso attualmente*

FIRMA \_\_\_\_\_

**Punto 2:** *dichiaro di non aver riportato condanne penali e di non aver processi penali in corso*

FIRMA \_\_\_\_\_

*Dichiaro di impegnarmi a rispettare quanto disposto dalle Leggi vigenti e future in materia di Volontariato di Protezione Civile, lo Statuto Ekoclub International, il Regolamento Organizzativo del Settore Protezione Civile e le disposizioni impartite dalla Commissione Nazionale*

FIRMA \_\_\_\_\_

**RISPONDERE CON SI O NO**

Sai nuotare \_\_\_\_\_ vogare \_\_\_\_\_ condurre motori marini \_\_\_\_\_ usare attrezzature SUB \_\_\_\_\_ sciare \_\_\_\_\_

Sai usare attrezzature da roccia \_\_\_\_\_ andare in bicicletta \_\_\_\_\_ usare apparati radiotrasmittenti \_\_\_\_\_

Sai usare motoseghe \_\_\_\_\_ decespugliatori \_\_\_\_\_ soffiatori \_\_\_\_\_ atomizzatori \_\_\_\_\_ maschere antigas \_\_\_\_\_

Sai usare ruspe, pale meccaniche \_\_\_\_\_ altre macchine operatrici (specificare tipo e classe) \_\_\_\_\_

Condizioni fisiche, problemi alla vista \_\_\_\_\_

Hai problemi agli arti superiori \_\_\_\_\_ hai problemi agli arti inferiori \_\_\_\_\_

Soffri di vertigini \_\_\_\_\_ mal d'auto \_\_\_\_\_ mal di treno \_\_\_\_\_ mal di nave \_\_\_\_\_ mal d'aereo \_\_\_\_\_ sei allergico \_\_\_\_\_

Gruppo sanguigno \_\_\_\_\_ fattore Rh \_\_\_\_\_

Data Compilazione \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**PARTE RISERVATA A COMMISSIONE NAZIONALE**

Domanda N° \_\_\_\_\_ matricola assegnata N° \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Note della Commissione Nazionale \_\_\_\_\_

Note del Responsabile Nazionale \_\_\_\_\_

Note della Presidenza Nazionale \_\_\_\_\_

*I dati personali acquisiti direttamente o per altra fonte sempre nell'ambito dell'attività associativa sono trattati nel rispetto del D.l.gs. 1996/2003 e dei consueti obblighi di riservatezza.*