

VOLONTARIATO E VACANZE A SENIGALLIA



Croce Rossa Italiana
Comitato di Senigallia

**SI PRECISA CHE LE RICHIESTE SONO RIVOLTE A VOLONTARI CON
ABILITAZIONE SA (Soccorso Ambulanza)**

IL/LA SOTTOSCRITT _____

Cognome _____ Nome _____

Luogo di Nascita _____ Data di Nascita ____ / ____ / ____

Comitato di _____ Tel. Comitato _____

Fax Comitato _____ E mail Comitato _____

Cellulare Volontario _____ E mail Volontario _____

CHIEDE

di svolgere attività presso il Comitato di Senigallia in occasione della iniziativa "Volontariato e vacanza a Senigallia" (periodo dal 1 gennaio al 31 dicembre)

DICHIARA

di possedere **abilitazione SA = soccorso in ambulanza**
(con COMPROVATA esperienza 118)

di essere in possesso di **Patente CRI tipo 5**

di possedere **abilitazione O.P.S.A.** - brevetto n.....

(Barrare con una croce l'abilitazione posseduta, tra le tre evidenziate)

Giorno di arrivo: ____ / ____ / ____ Giorno di partenza: ____ / ____ / ____

I volontari ospiti avranno a disposizione una parte della sede riservata esclusivamente a loro, con camera da letto, bagno e cucina (dietro presentazione dello scontrino avranno un rimborso di € 12,00 al giorno per l'acquisto di alimenti).

Dovranno avere in dotazione la divisa operativa completa, federe e lenzuola per il letto, asciugamani ed effetti personali. Per quanto possibile, gli impieghi saranno concordati con gli ospiti.

Firma del Volontario

SI AUTORIZZA

IL PRESIDENTE DEL COMITATO CRI DI APPARTENENZA (timbro e firma)

La presente scheda dovrà essere inviata all'email: senigallia@cri.it.
Per ogni informazione contattare il numero 320.7513174 (Referente Servizio).
Seguirà conferma dell'accettazione.