



Attestazione di idoneità ai servizi di volontariato nella Croce Rossa Italiana
Controllo sanitario

Ai sensi del punto 2 (Compiti svolti dai volontari) dell'allegato 1 del Decreto del 12 gennaio 2012 della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento di Protezione Civile, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale il 12 aprile 2012,

SI ATTESTA CHE

Il/la Sig./Sig.ra.....

nato/a a il.....

residente a..... in via/piazza.....n.....

in qualità di Volontario della Croce Rossa Italiana, iscritto al Comitato di

è **IDONEO** allo svolgimento dei seguenti compiti:

Assistenza alla popolazione: attività psicosociale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Assistenza alla popolazione: attività socio-assistenziale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Assistenza ai soggetti maggiormente vulnerabili (giovani, anziani, malati, disabili)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Informazione alla popolazione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Logistica	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Soccorso e assistenza sanitaria	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Uso di attrezzature speciali	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Conduzione di mezzi speciali	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Predisposizione e somministrazione dei pasti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Supporto organizzativo anche nelle sale operative	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Attività amministrative e di segreteria anche con video-terminali	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Presidio del territorio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO



Il Presidente

Attività di supporto al ripristino dello stato dei luoghi di tipo non specialistico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Attività in materia di radio e telecomunicazioni	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Attività salvataggio in acqua	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Attività cinofile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Attività di soccorso su piste	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Attività di soccorsi con mezzi e tecniche speciali	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Attività N.B.C.R.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Attività di componente del Reparto di Sanità Pubblica della C.R.I.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Il medico si riserva di:

chiedere consulenza medico competente	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
stabilire nuovo controllo sanitario <i>Se si fra:</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Data,

dr.....

timbro

Firma del Volontario per presa visione