



Pubblica Assistenza

di
Collesalvetti



Via Roma n° 320 - Tel. 0586/962197 ó 57014 Collesalvetti (LI)
Via K. Marx n° 41 - Tel. 0586/941444 ó 57017 Stagno (LI)
Via Don L. Sturzo n° 150 - Tel. 0586/983039 ó 57017 Guasticce (LI)

CENTRALINO Tel. 0586/962716 Fax. 0586/963412
E-mail: info@collesoccorso.it Web site: <http://www.collesoccorso.it>

ONLUS

= DOMANDA DI ISCRIZIONE =

Il/La sottoscritto/sottoscritta.....

Nato/Nata a..... Prov. (.....)

Il..... Residente a (città)..... Prov. (.....)

In via..... n°.....

Cod. Fisc. (nelle cifre numeriche specificare lo "zero" con \emptyset)

Telefono..... e-mail.....

Professione.....

CHIEDE

Di venir ammesso/ammessa in codesta spett.le Associazione come Socio Attivo Volontario con la qualifica di:

Segnare
con X

ASSISTENTE SOCCORRITORE (se maggiorenne)	<input type="checkbox"/>
ALLIEVO/ALLIEVA (età minima per l'iscrizione anni 14)	<input type="checkbox"/>
CHIEDO DI ESSERE CONTATTATO/CONTATTATA PER AVERE INFORMAZIONI	<input type="checkbox"/>

per prestare servizio nel settore/nei settori:

SANITARIO	<input type="checkbox"/>	ALTRO DA SPECIFICARE
SOCIALE	<input type="checkbox"/>	
PROTEZIONE CIVILE E AIB	<input type="checkbox"/>	

Collesalvetti, Firma.....

Modulo per minori di anni 18

AL PRESIDENTE DELLA PUBBLICA ASSISTENZA DI COLLESALVETTI

I sottoscritti (generalità in stampatello).....

genitori del/della minore (generalità in stampatello).....

che chiede l'iscrizione in qualità di socio volontario alla Pubblica Assistenza di Collesalvetti, danno il loro consenso affinché il figlio/la figlia possa salire in qualità di osservatore a bordo dei mezzi dall'associazione, sollevandola da ogni qualsivoglia responsabilità

In Fede

Firma del padre

Firma della madre