



COMITATO REGIONALE LOMBARDIA
SCHEDA di ISCRIZIONE alla SELEZIONE SCIISTICA 2018
PER OPERATORE di SOCCORSO su PISTE da SCI



Croce Rossa Italiana

Cognome _____ Nome: _____

Nato/a il _____ Domiciliato a _____

Via _____ Provincia _____ C.A.P. _____

Tel _____ Cell. _____

e.mail (obbligatoria) _____

Titolo di studio _____

Comitato CRI di appartenenza _____

Area CRI di appartenenza (Area1 - Area2....) _____

Qualifiche interne C.R.I. (completare o indicare con "x")

Monitore di Primo Soccorso _____ - Istruttore di: _____ - delegato locale _____

Medico _____ - Commissario /Presidente Locale _____ -

Infermiere Professionale _____ Patente CRI _____ Specializzazioni _____

CHIEDO

di essere ammesso alla selezione sciistica preliminare prevista in data 16 dicembre 2018, che si terrà presso la stazione sciistica di COLERE Bg, valida per l'accesso ad un corso per operatori entro i successivi due anni.

Dichiaro altresì sotto la mia responsabilità di non aver subito negli ultimi tre anni provvedimenti disciplinari (secondo i rispettivi regolamenti) che comportino il decadimento da cariche associative o impediscano l'avanzamento di ruolo.

In ottemperanza al Regolamento UE 2016/679 (GDPR), si informa che i dati personali forniti sono raccolti al fine di adempiere agli obblighi di iscrizione e gestione dell'organizzazione del servizio offerto; In relazione alle predette finalità, si comunica che il trattamento dei dati personali è effettuato con l'ausilio di strumenti cartacei ed informatici, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati in osservanza del nuovo Codice Privacy. I dati forniti non verranno ceduti a terzi per scopi pubblicitari ma sono necessari al solo fine di garantire la funzionalità dei servizi CRI Titolare del trattamento dei dati è il presidente in carica presso il Comitato

Il sottoscritto, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), presta consenso che i propri dati personali vengano conservati presso l'Amministrazione della Croce Rossa Italiana. L'utilizzo degli stessi dovrà avvenire esclusivamente per finalità istituzionali.

Autorizzo inoltre l'Amministrazione della Croce Rossa Italiana all'utilizzo dei dati anche da soggetti terzi dalla stessa prescelti per fini istituzionali dell'Ente.

Data, _____ Firma _____

VISTO del PRESIDENTE DEL COMITATO DI APPARTENENZA
(apporre timbro e firma) _____/_____

Inviare scansione via e-mail a: usps@cribergamo.it

Allegare fotocopia fronte e retro C.I e Codice fiscale