

a tutti gli effetti di legge, impegnandosi sotto la propria responsabilità a comunicare ogni eventuale cambio di domicilio.

Data, _____

Firma

Autorizzazione al trattamento dei dati personali:

Il sottoscritto _____ autorizza l'Associazione della Croce Rossa Italiana al trattamento dei dati personali in conformità alle disposizioni di legge sulla privacy (Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003) limitatamente all'uso di esclusiva competenza delle attività istituzionali ed operative dell'Associazione.

Data, _____

Firma

AUTOCERTIFICAZIONE

Io sottoscritto _____ dopo essere stato informato sul tipo di attività e responsabilità connesse al ruolo di Volontario dichiaro di:

- NON fare uso di psicofarmaci (antidepressivi, sedativi, ansiolitici,.....)
- NON fare uso di sostanze stupefacenti né di averne mai fatto uso
- NON avere precedenti legali attribuiti ad abuso di sostanze stupefacenti e/o alcolici
- NON avere precedenti sanitari e/o legali attribuibili a patologie psichiatriche

Data, _____

Firma

.....
Attesto che la firma del Sig. _____ nato a _____ il _____
residente in _____ n. _____ identificatosi mediante esibizione di _____
a norma dell'art. 2 del D.P.R. 03/05/1957 e degli
art. 20 e 26 della L. n. 15 del 04/01/1968 e successive modificazioni è stata apposta in mia
presenza previa ammonizione dell'interessato sulla responsabilità penale cui può andare
incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atto falso o contenente dati non più
rispondenti a verità.

Data _____

Firma e qualifica

