



G.A.I.B.

Gruppo Avvistamento Incendi Boschivi Protezione Civile e Antincendi Boschivi



SEDE LEGALE

Via Grevigiana Ponte Stolti, 55 Figline V.no (FI) Tel. 055.950.20.42 Fax 055.950.29.00
www.gaib.it E-mail: info@gaib.it

DOMANDA DI ACCETTAZIONE ALL' ORGANIZZAZIONE G.A.I.B. VOLONTARIATO ANTINCENDI BOSCHIVI E PROTEZIONE CIVILE

Io sottoscritto/a

NOME:		COGNOME:	
NATO/A A:		IL:	
COMUNE DI RESIDENZA:			
VIA:			N°:
C.A.P.:		PROVINCIA:	
TEL. CASA:		TEL. LAV.:	
TEL. CELL.:		ALTRO:	
E-Mail:		PROFESSIONE:	
PATENTE TIPO:	N°:	RILASCIATA IL:	
CARTA IDENTITA' N°:		GRUPPO SANGUIGNO:	

D I C H I A R O

di aver preso visione e quindi di accettare il **Regolamento interno**, del quale mi è stato consegnato un estratto, e chiedo di far parte del gruppo in qualità di:

- Socio Operativo Servizio Antincendi Boschivi e Protezione Civile
- Socio Operativo Protezione Civile
- Socio Ordinario
- Socio Minorenne (necessita il consenso dei genitori o di chi ne fa le veci)
- Socio Sostenitore

Il Consiglio Direttivo valuterà la presente e **in caso di accettazione** provvederà a rilasciarmi, dopo un periodo di prova, il Tesserino di Riconoscimento e l'eventuale abbigliamento. Io mi impegno a svolgere l'attività da me scelta e a pagare ogni anno la QUOTA ASSOCIATIVA (solo per i maggiorenni). Per il Servizio Antincendi Boschivi e Protezione Civile mi impegno a fare le visite mediche richieste e a partecipare ai corsi di formazione organizzati dall'Associazione o da Enti pubblici. **DICHIARO INOLTRE di rinunciare alla retribuzione prevista dall'art. 7 della Legge n. 47 del 01/03/1975 per l'opera prestata nel Servizio Antincendi Boschivi e comunque per ogni servizio svolto con l'Associazione e non contemplato dalla sopra citata Legge.**

In caso di mancata accoglienza della presente o dimissioni volontarie, mi impegno a restituire subito tutto il materiale fornitomi in uso ed autorizzo il Consiglio a prendere decisioni in merito qualora non rispetti quanto sopra scritto e da me sottoscritto.

Autorizzo il Consiglio Direttivo a utilizzare i miei dati personali per gli usi consentiti dalla legge 675/1996 sulla Privacy (visite ed elenco Soci per la Regione Toscana, Servizio AIB).

Allego alla presente domanda:

* 2 foto formato tessera * 1 certificato medico di sana e robusta costituzione

_____ , li _____

FIRMA

FIRMA DEL GENITORE
(soci minorenni)