

**AL MAGISTRATO DELLA
CONFRATERNITA DI MISERICORDIA DI ROMA**

Il/la sottoscritto/a _____ chiede di essere iscritto/a alla suddetta *Confraternita di Misericordia* in qualità di **SOCIO ADERENTE** accettandone il relativo Statuto Nazionale e Costituzione.

Roma lì, ____ / ____ / 20____

In fede

GENERALITA' (scrivere in stampatello)

Cognome e Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Domicilio _____

Telefono _____ Cell. _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO DI BUONA CONDOTTA

Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
e residente a _____ in via _____
_____ cap _____
professione _____

dichiaro

**sotto la mia responsabilità di non aver riportato condanne penali e
di non aver carichi pendenti.**

La presente dichiarazione viene resa ai sensi e per gli effetti della legge
n° 15/86 del 04 gennaio 1986.

Estremi del documento di riconoscimento:

Pat. C.I. Passaporto numero _____
rilasciato da _____ il _____ .

Roma lì ____ / ____ / 20____

In fede

N° _ 3 _

Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
e residente a _____ in via _____
_____ cap _____
C.F. _____

DICHIARO

ai sensi della legge 15/68 di essere iscritto/a nell'albo dei soci della
Confraternita di Misericordia di Roma e di prestare servizio di volontariato a
titolo gratuito presso questa Associazione.

Roma lì ____ / ____ / 20____

IL DICHIARANTE

IL GOVERNATORE

***Si esprime il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della legge
31.12.1996 nr. 675.***

In fede

DICHIARAZIONE

LEGGE REGIONALE 29/1993

Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
e residente a _____ in via _____

DICHIARO

SOTTO LA MIA RESPONSABILITA' DI PRESTARE LA MIA OPERA DI VOLONTARIATO IN MODO PERSONALE, SPONTANEO, GRATUITO E SENZA FINE DI LUCRO ANCHE INDIRETTO, ESCLUSIVAMENTE PER FINI DI SOLIDARIETA', PRESSO L'ASSOCIAZIONE DI VOLONTARIATO "CONFRATERNITA DI MISERICORDIA DI ROMA".

IL RUOLO CHE INTENDO SVOLGERE E':

AUTISTA **SOCCORRITORE** **INFERMIERE PROF.** **MEDICO**

Roma li ____ / ____ / 20____

IL DICHIARANTE

IL GOVERNATORE

SCHEDA DATI

Cognome e Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Residente in _____ via _____

c.a.p. _____ Professione _____

Codice fiscale _____

Telefono abitazione _____ cellulare _____

Telefono lavoro _____ Fax _____

Documento di riconoscimento:

Carta d'identità Patente Passaporto _____

numero _____ rilasciato da _____

il _____ .

Confratello:

Aspirante

Abilitazioni:

Medico

Infermiere professionale

Soccorritore 1° livello

Soccorritore 2° livello

BLS

Autista

Articolo 9

In fede



Dichiarazione Liberatoria

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

e residente a _____ in via _____

_____ riconosciuto con il documento _____ .

Con la presente dichiara espressamente di autorizzare la **Misericordia di Roma Castel Giubileo**, la cessione e qualsiasi altra operazione, anche di tipo informatico –commerciale, di tutte le riproduzioni fotografiche, passate e future, e le sue eventuali modifiche allegate, delle foto in cui si attestano le opere di **Misericordie e di Protezione Civile, sia in divisa che in borghese**, anche nel caso in cui il/la sottoscritto/a decida di sospendersi o dimettersi dalle suddette opere, esonerando totalmente la medesima da qualsiasi responsabilità giuridica, civile-penale, in ottemperanza alla normativa sul diritto d'autore ed alle altre leggi connesse ed annesse, così come previsto negli ordinamenti giuridico-statuali italiano ed internazionale.

Chi Iddio te ne renda merito.

In fede

Roma lì ____ / ____ / 20____