

BREVETTI,PATENTI E LICENZE POSSEDUTE

CONOSCENZE LINGUISTICHE

LIVELLO							ALTRO (specificare)	
	INGLESE		FRANCESE		SPAGNOLO		Parlato	Scritto
base	Parlato	Scritto	Parlato	Scritto	Parlato	Scritto		
avanzato								

PROFESSIONE

OCCUPAZIONE ATTUALE	
Luogo lavoro	
Reparto	
Via,n. e CAP	
Città	
Tel.centralino	
Telefono	
Fax	
e.mail	

DATI DATORE LAVORO

Denominazione datore lavoro	
Codice Fiscale/Partita Iva	
Indirizzo legale	
Telefono,fax,e.mail del datore di lavoro (numero fax dato necessario)	
IBAN (coordinate bancarie) del datore di lavoro per eventuali rimborsi	
Note:	

PRECEDENTI OCCUPAZIONI (segnare le più significative)

1) Ospedale/luogo lavoro		Reparto	
Ruolo			
2) Ospedale/luogo lavoro		Reparto	
Ruolo			
3) Ospedale/luogo lavoro		Reparto	
Ruolo			
4) Ospedale/luogo lavoro		Reparto	
Ruolo			

ESPERIENZE / MISSIONI DI VOLONTARIATO IN ITALIA O ALL'ESTERO

1) Associazione			
Attività svolte			
Località/Paese			
Dal		Al	

2) Associazione			
Attività svolte			
Località/Paese			
Dal		Al	

3) Associazione			
Attività svolte			
Località/Paese			
Dal		Al	

4) Associazione			
Attività svolte			
Località/Paese			
Dal		Al	

Gruppo sanguigno

Documento:

Rilasciato da

Numero:

Passaporto n. Scadenza

Il presente modulo va stampato compilato e firmato in originale e spedito in busta chiusa assieme ad una foto tessera all'indirizzo:

Segreteria ARES Onlus Via Coppa 24 60020 Polverigi (AN)
allegando la ricevuta del pagamento della quota annuale di 35 € o 50 € per socio sostenitore versati presso UBI Banca IBAN : IT94Y0311102606000000000265

Per completare l'iscrizione è necessario spedire come allegato all'indirizzo mail : segreteria@ares-italia.org la copia scansionata del passaporto valido (in formato pdf). Qualora il passaporto non fosse disponibile all'atto dell'iscrizione andrà inviato allo stesso indirizzo mail entro 30 giorni.

CONSENSO: Letta e compresa l'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 679/16 "Regolamento generale sulla protezione dei dati personali" esprimo il mio consenso ed autorizzo l'ARES Onlus al trattamento dei miei dati personali esclusivamente a fini indicati dallo Statuto dell'Associazione.

data.....firma.....

Dichiaro di condividere le finalità che l'ARES Onlus si propone ed impegno ad approvarne ed osservarne lo Statuto ed il Regolamento Interno

data.....

firma.....

Data

Firma

Firma del legale rappresentante

CONSENSO: Letta e compresa l'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 679/16 "Regolamento generale sulla protezione dei dati personali" esprimo il mio consenso e autorizzo l'organizzazione di volontariato di cui alla Parte A del presente modulo al trattamento dei miei dati personali, per finalità connesse con le attività di protezione civile. Autorizzo la loro trasmissione al Sistema Regionale di Protezione Civile e Sicurezza Locale della Regione Marche.

firma.....