



Loc. Grand Chemin, 24 - 11020 Saint-Christophe - Aosta
 Tel: 0165.267640 - Fax: 0165 362125
 www.volontaridelsoccorsovda.it
 volontariatovacanze@volontaridelsoccorsovda.it



Associazione ANPAS di appartenenza:

Timbro Organizzazione

Nome: _____ Cognome: _____
 Data di nascita: ____/____/____ Comune _____ Prov. (.....)
 Recapito tel. cellulare: _____ Codice Fiscale: _____

INVIARE FOTO VdS IN FORMATO DIGITALE jpg all'INDIRIZZO:

volontariatovacanze@volontaridelsoccorsovda.it

Qualifiche e/o incarichi all'interno dell'Associazione:

Autorizzazione Attività di Soccorso 118: Sì [] No []

Autorizzazione Attività di Trasporto Sanitario 118: Sì [] No []

Altre certificazioni: _____

Allegare la copia delle certificazioni in possesso

Località:

Châtillon/St. Vincent [] **Cogne** [] **Gressoney** [] **La Thuile** [] **Valtournenche** [] **Morgex** [] **Brusson** []

Crocetta località scelta

Periodo scelto: arrivo il _____ partenza il _____

Periodo minimo 7 gg, preferibilmente da sabato a sabato

Referente dell'Associazione di appartenenza:

Sig.: _____ Telefono: _____

ATTENZIONE IMPORTANTE:

Le richieste di adesione saranno esaminate in relazione alla disponibilità dei posti letto.

I turni di servizio saranno concordati con il responsabile dell'Organizzazione di riferimento: ai volontari sarà assicurato vitto, alloggio e la copertura Assicurativa.

E' richiesta la divisa della propria Organizzazione che dovrà essere certificata a norma di legge, completa di calzature antinfortunistica, e idonea alla stagione.

I dati dei VDS saranno inseriti nell'anagrafica del sistema informatico della Federazione ai fini della registrazione dei turni, dei servizi svolti e garantire la copertura Assicurativa.

I VDS in possesso dell'abilitazione BLS-D in corso di validità (fornire copia e certificati re training) saranno autorizzati dall'Azienda USL Valle d'Aosta all'uso del DAE solo per il periodo di aggregazione presso l'OdV nella quale il VDS svolge servizio.

Il Presidente dell'Organizzazione con il Timbro e Firma certifica e attesta la sussistenza dei requisiti di idoneità a svolgere l'attività di Soccorso e Trasporto infermi.

Il Presidente dell'Organizzazione



Il Volontario

Timbro e Firma

Firma