DISPONIBILITA' ANNO 2014

Il sottoscritto _____
Cognome (per le donne id/care il nome da nubile) *Nome*

Nato/a a _____ Prov. _____

Residente in _____, Via _____ n° _____

Consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite penalmente ai sensi dell'art.76 del DPR 28 dicembre 2000, n°445 e che codesta amministrazione effettuerà controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni rese

DICHIARA

1. **DI** ESSERE IN REGOLA CON LA VISITA MEDICA PERIODICA[1] PER IL LIBRETTO INDIVIDUALE SANITARIO E DI RISCHIO E CHE NESSUNA INFERMITA' SIGNIFICATIVA E' STATA CONTRATTA SUCCESSIVAMENTE ALLA DATA DELLA PRESCRITTA **IDONEITA' AL SERVIZIO** VOLONTARIO

2. DI ESSERE DISPONIBILE AD EFFETTUARE RICHIAMI IN SERVIZIO PRESSO **LE SEDI** DEL COMANDO PROVINCIALE VVF DI ANCONA che **INDICA:**

   ☐ **DISTACCAMENT0 DI FABRIANO**

   ☐ **DISTACCAMENTO DI ARCEVIA**

   ☐ **DISTACCAMENTO DI JESI**

   ☐ **DISTACCAMENTO DI SENIGALLIA**

   ☐ **DISTACCAMENTO DI OSIMO**

   ☐ **DISTACCAMENTO AEROPORTUALE (SOLO GLI ABILITATI)**

   ☐ **DIREZIONE REGIONALE MARCHE**

   ☐ **SEDE CENTRALE**

   ☐ **TUTTE LE SEDI (TRANNE AEROPORTO per i non abilitati)**

3. DI ESSERE **DISPONIBILE** AD EFFETTUARE RICHIAMI IN SERVIZIO NEI **MESI SOTTOINDICATI**:

GEN	FEB	MAR	APR	MAG	GIU	LUG	AGO	SET	OTT	NOV	DIC	TUTTO L'ANNO

4. DI ESSERE **INDISPONIBILE** AD EFFETTUARE RICHIAMI IN SERVIZIO NEI **PERIODI:**

   DAL_____ AL_____

   DAL_____ AL_____

   DAL_____ AL_____

5. **Di** trovarsi in una delle seguenti **situazioni di attività:**

☐ **OCCUPATO**
- ☐ Lavoratore dipendente
- ☐ Lavoratore in cassa integrazione straordinaria, o in mobilita, o impiegato in lavori socialmente utili, o a tempo determinato
- ☐ Lavoratore autonomo
- ☐ Libero professionista
- ☐ Imprenditore

☐ **DISOCCUPATO**
- ☐ Studente
- ☐ Assenza totale di attività lavorativa sia come lavoratore dipendente che come lavoratore autonomo o di impresa
- ☐ In cerca di occupazione/disponibile al lavoro (indicare il centro per l'impiego)_____

6. Che sono, **fiscalmente a carico, i seguenti familiari:** (barrare la percentuale di riferimento)

_____ percentuale 50% 100%

(Cognome e nome) *(Luogo e data di nascita)* *Rapporto di parentela*

_____ percentuale 50% 100%

(Cognome e name) *(Luogo e data di nascita)* *Rapporto di parentela*

_____ percentuale 50% 100%

(Cognome e name) *(Luogo e data di nascita)* *Rapporto di parentela*

7. **Dichiara di essere informato,** ai sensi e per gli effetti del decreto legislativo 30.06.2003, n°196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito delle procedure relative al richiamo in servizio in qualità di vigile volontario.
8. **Per i lavoratori dipendenti** (indicare denominazione, indirizzo e recapito telefonico della Ditta)

_____

COMUNICA
l'INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA/NUMERO DI TELEFONO DA UTILIZZARE PER L'ATTIVAZIONE DEL RICHIAMO

Indirizzo di posta eletttronica

_____

Recapito telefonico (fisso) _____ (cellulare) _____

(altro) _____

IL SOTTOSCRITTO SI IMPEGNA A COMUNICARE EVENTUALI VARIAZIONI APPENA QUESTE SI VERIFICANO

Luogo e data _____ IL DICHIARANTE

2

.....

_____

L'idoneita al servizio ha validià **30 MESI.** Il rinnovo della visita va effettuato, per tempo, e non oltre sei mesi dalla scadenza.

[2]Ai sensi dell'art.38, DPR 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritto o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via Fax, tramite incaricato, oppure a mezzo posta.