COMUNE DI CHIETI
UFFICIO DI PROTEZIONE CIVILE

SCHEDA DI CENSIMENTO ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO

DATI GENERALI

Denominazione: _____

Indirizzo:_____

CAP: _____ Prov. _____ C.F._____

P. IVA _____ N. Iscr. Albo Reg. Volontariato_____

N. Iscr. Albo Reg. Protezione Civile:_____

Attività svolte:

Sanità – Pronto Soccorso e Assistenza Sanitaria ( )

(Aut. San. Reg.le n. _____ del _____)

ordine Pubblico – Antisciacallaggio ( )

Radiocomunicazioni ( )

Antincendio Boschivo ( )

Radiocomunicazioni ( )

Soccorso – Recupero in montagna ( )

Soccorso – Recupero in acqua ( )

_____ ( )

Gruppo cinofili ( )

_____ ( )

Indirizzo e-mail: _____

Sito Internet _____

Tel. Uffici _____

Fax Uffici _____

Tel. Emergenze _____

Fax Emergenze _____

Altro Tel.: _____

Descrizione: _____

N. Totale Volontari:_____

N. Totale Personale Dipendente_____

Servizio disponibile: 24h/24h ( ) N. Squadre Operative (min. 3 volontari):_____

Con allerta di 1h ( ) N. Squadre Operative (min. 3 volontari):_____

Con allerta di 1h ( ) N. Squadre Operative (min. 3 volontari):_____

Radio CB: SI ( ) NO ( )

Radio VHF: SI ( ) NO ( ) Frequenze: _____

COMUNE DI CHIETI
UFFICIO DI PROTEZIONE CIVILE
SEZIONE DI CHIETI

LEGALE RAPPRESENTANTE

Cognome: ________________________________ Nome:____

Professione:____

Indirizzo: ____

CAP.________________________ PROV. _____ C.F.__________________________

Tel. Abitazione: ______________________ Fax Abitazione:_____________________________

Tel. Lavoro: _________________________ Fax Lavoro: ________________________________

Tel. Cellulare 1:______________________ Tel. Cellulare 2:_____________________________

Altro tel.:____________________________ Descrizione:_________________________________

Indirizzo e-mail:____

Reperibilità 24h/h: SI ( ) NO ( ) Tel. Cellulare:_________________________________

RESPONSABILE OPERATIVO / CAPOSQUADRA PROTEZIONE CIVILE (se strutturato)

Cognome: ________________________________ Nome:____

Professione:____

Indirizzo: ____

CAP.________________________ PROV. _____ C.F.__________________________

Tel. Abitazione: ______________________ Fax Abitazione:_____________________________

Tel. Lavoro: _________________________ Fax Lavoro: ________________________________

Tel. Cellulare 1:______________________ Tel. Cellulare 2:_____________________________

Altro tel.:____________________________ Descrizione:_________________________________

Indirizzo e-mail:____

Reperibilità 24h/h: SI ( ) NO ( ) Tel. Cellulare:_________________________________

^^^

Data: __________________ Timbro Associazione:

Firma del Legale Rappresentante:____