



Arciconfraternita della Misericordia di Arezzo
Via Garibaldi 143 – 52100 Arezzo
Tel. 0575 24242 – E-mail info@misericordiaarezzo.it

DOMANDA DI ISCRIZIONE CORSO DI FORMAZIONE

Il corso è gratuito e aperto a tutti.

Per accedere al corso di **livello base** è necessario aver compiuto il **16° anno di età** mentre per il corso di **livello avanzato** è necessario aver compiuto il **18° anno di età**.

Alla presente domanda di iscrizione **deve essere allegata**:

1. **questionario anamnestico**
2. **una fototessera**
3. **domanda di iscrizione alla Misericordia e ricevuta versamento quota sociale** - documentazione e versamento presso la sede della Misericordia tutte le mattine dal lunedì al sabato dalle 8.30 alle 12.30.

Per la partecipazione all'esame del corso è necessario che il candidato abbia partecipato ad almeno l'80% delle ore di lezione previste per la teoria (base e avanzato), ed effettuato 30 ore di tirocinio su nostri mezzi di emergenza (solo avanzato).

Il corso sarà tenuto da personale infermieristico e da formatori abilitati dalla Confederazione Nazionale.

CORSO SOCCORRITORI LIVELLO BASE

CORSO SOCCORRITORI LIVELLO AVANZATO

I dati contrassegnati dall'asterisco (*) sono obbligatori

Cognome (*)	Nome(*)	[fototessera]
Data di nascita(*)	Luogo di Nascita(*)	
Indirizzo(*)	Città(*)	
Telefono	Cellulare(*)	
Email(*)	Titolo di studio	
Professione		

Informativa sulla Privacy (Regolamento UE 2016/679 - GDPR - e D.Lgs. n. 196/2003) - Con riferimento alle disposizioni del GDPR e del D.Lgs. n. 196/2003, La informiamo (ai sensi dell'art. 13 GDPR) che i Suoi dati personali, da Lei forniti volontariamente, vengono da noi trattati esclusivamente per l'iscrizione al corso. Alcuni dati contenuti nel modulo sono obbligatori per poter procedere all'iscrizione. I Suoi dati potranno, in caso di superamento dell'esame, essere trasmessi agli organi competenti per l'iscrizione negli appositi albi soccorritori e detentori di brevetto B.I.S-D. Il trattamento dei dati è eseguito in modo manuale e informatizzato su supporti elettronici protetti da password e in via del tutto riservata. Titolare del trattamento è la Misericordia di Arezzo (Via Garibaldi 143, 52100 Arezzo - AR -, Tel. 0575 24242, e-mail info@misericordiaarezzo.it, alla quale Lei potrà rivolgersi in qualsiasi momento e in modo del tutto gratuito per esercitare i diritti previsti agli art.li 12-22 GDPR (tra cui vi è la possibilità di consultare, rettificare, cancellare i Suoi dati, od opporsi in tutto o in parte al loro utilizzo). Per informazioni più complete è necessario rivolgersi al Titolare o al DPO nominato, contattabile al seguente indirizzo: marucci.andrea@alice.it

Dichiaro di aver letto e compreso tutto quanto riportato sulla presente domanda.

Data _____

Firma richiedente _____

Riservato Misericordia	
Nome e Cognome di chi riceve la domanda	Data di ricezione della Domanda
Note formatori	



Arciconfraternita della Misericordia di Arezzo
Via Garibaldi 143 – 52100 Arezzo
Tel. 0575 24242 – E-mail info@misericordiaarezzo.it

QUESTIONARIO ANAMNESTICO AUTOCERTIFICAZIONE SULLE CONDIZIONI CLINICHE DEL CANDIDATO

Il/La Sottoscritto/a _____

CODICE FISCALE _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ DI ESSERE A CONOSCENZA DELLO STATO DEI SEGUENTI ORGANI E APPARATI

SUSSISTONO PATOLOGIE DELL'APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO E /O VASCOLARE (Es.: ipertensione, anche se normalizzata dal trattamento; pregresso infarto; angina; pregresso intervento cardiocirurgico; aneurisma; aritmie)? Se sì, INDICARE QUALI:	SI	NO
SUSSISTE DIABETE MELLITO Se sì, SPECIFICARE se: Insulinodipendente ☐ Trattato con dieta o ipoglicemizzanti orali ☐	SI	NO
SOFFRE (HA MAI SOFFERTO) DI MALATTIE NEUROLOGICHE (es. morbo di Parkinson, emiparesi, ischemia cerebrale, sclerosi multipla, ecc.)? Se sì, INDICARE QUALI:	SI	NO
SUSSISTONO (HA MAI SOFFERTO) DI TURBE E/O PATOLOGIE DELLA SFERA PSICHICA (es. ansia, depressione, allucinazioni, ecc.)? Se sì, SPECIFICARE QUALI ed in che periodo ne ha sofferto:	SI	NO
E' ATTUALMENTE (E' STATO) IN CURA CON TRANQUILLANTI, ANTIDEPRESSIVI, BARBITURICI, SONNIFERI E/O ALTRI FARMACI PSICOTROPI (Fa uso di sostanze psicoattive?) - Se sì, INDICARE QUALI, in che periodo ed a quali dosaggi:	SI	NO
HA MAI AVUTO PROBLEMI RELATIVI AD ABUSO DI ALCOOLICI (ad esempio guida in stato di ebbrezza etc.) Se sì, SPECIFICARE quale tipo ed in che periodo:	SI	NO
SUSSISTONO PATOLOGIE A CARICO DELL'APPARATO URO-GENITALE: (ad esempio insufficienza renale grave etc.) Se sì Specificare quali e in che periodo:	SI	NO
SOFFRE DI EPILESSIA E/O HA MAI MANIFESTATO IN PASSATO CRISI EPILETTICHE O CONVULSIONI? Se sì, specificare data ultimo episodio (quando si è manifestata l'ultima) Se sì, SPECIFICARE la terapia seguita:	SI	NO
SOFFRE DI MALATTIE DEL SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI: Sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento (specificare)	SI	NO
SUSSISTONO PATOLOGIE A CARICO DELL'APPARATO OSTE-ARTICOLARE: gravi alterazioni anatomiche o funzionali (Se sì, specificare diagnosi):	SI	NO
SUSSISTONO PATOLOGIE A CARICO DEGLI ORGANI DI SENSO: gravi patologie visive e/o auditive evolutive (Se sì, specificare diagnosi)	SI	NO

Data _____

Il candidato con la sua firma attesta di aver rilasciato dichiarazioni veritiere

Firma del candidato o di chi ne esercita la responsabilità genitoriale _____