



Nucleo Nazionale Emergenze

Emergenza Sisma in Emilia Romagna

Nome _____ Cognome _____

Nato/a _____ il ___ / ___ / _____

Residente in _____ C.A.P. _____

Città _____ Regione _____

Codice Fiscale _____

Telefono fisso _____

Telefono Mobile _____

E-mail: _____

Gruppo Sanguigno _____

DICHIARA

Di essere disponibile all'attivazione per prestare la propria professionalità gratuitamente presso uno dei Campi di Accoglienza predisposti dalla Protezione Civile Nazionale nel Cratere Sismico della Regione Emilia Romagna, per un massimo di n. _____ giorni continuativi.

Dichiara altresì sotto la propria responsabilità di non avere problemi di salute che potrebbero pregiudicare il proprio operato sul campo.

Addì _____

Firma _____