

SOLICITUDE DE INGRESO

DATOS PERSOAIS

APELIDOS:			
NOME:		D.N.I.:	
DATA NACEMENTO:		LUGAR:	
PROFESION:			
DOADOR: SI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		GRUPO SANGUINEO:	RH:
ENFERMIDADES OU ALERXIAS:			

DATOS POSTAIS - ENDEREZO

RÚA:			
Nº	PISO:	LETRA:	C.P.:
LUGAR:		CONCELLO:	
PROVINCIA:			
TELEFONO 1:		TELEFONO 2:	TELEFONO 3:
CORREO ELECTRONICO:			

DATOS OPERATIVOS E DISPOÑIBILIDADE

DISPOÑIBILIDADE: TODO O ANO: <input type="checkbox"/>	DENDE O:	ATA O:
POR MESES:		
POR DIAS DA SEMANA:		

DATOS BANCARIOS

Nº DE CONTA COMPLETO:
ENTIDADE BANCARIA:

SECCION/S DAS QUE QUERO FORMAR PARTE

ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	ACUATICA <input type="checkbox"/>	OPERATIVA <input type="checkbox"/>	SANITARIA <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------

DATOS DE VESTUARIO - TALLAXE

PANTALÓN	BOTAS	CAMISETA
XERSEI	ZAPATOS	BAÑADOR:
CAMISA	CHAQUETÓN	BUZO:

DOCUMENTACION A ACHEGAR COA PRESENTE SOLICITUDE

<input type="checkbox"/> CATRO FOTOGRAFIAS TIPO CARNET	<input type="checkbox"/> FOTOCOPIA DO D.N.I.
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO CONTA BANCARIA	<input type="checkbox"/> FOTOCOPIA PERMISOS CONDUCCION
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO MEDICO (que acredite a capacidade do solicitante para poder realizar as labores propias dunha A.V.P.C., tanto físicas como psicolóxicas)	
<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> OUTROS

NOTA: E imprescindible achegar coa presente solicitude, copia, e orixinal para o seu cotexo de todos os documentos que se adjunten (diplomas, certificados, carnés, etc.).

SO A CUBRIR POLA A.V.P.C.:

DATA DE ALTA: _____ DATA DE BAIXA: _____

DATOS ACADÉMICOS E DE FORMACION		
NIVEL DE ESTUDOS REMATADOS:		
CURSOS SANITARIOS:		
D.U.E <input type="checkbox"/>	T.P.A. <input type="checkbox"/>	AUX. CLINICA <input type="checkbox"/>
MÉDICO <input type="checkbox"/>	AUX. TRANSPORTE SANITARIO <input type="checkbox"/>	
OUTROS: <input type="checkbox"/>		
OUTROS: <input type="checkbox"/>		
MAR E BUCEO		
T.S.A <input type="checkbox"/>	T.P.A. <input type="checkbox"/>	P.E.R <input type="checkbox"/>
OUTROS DE EMBARCACIONES: <input type="checkbox"/>		
BUCEO: <input type="checkbox"/>		
RESCATE E CONTRAINCENDIOS		
MONTAÑISMO <input type="checkbox"/>	RAPPEL <input type="checkbox"/>	ESCALADA <input type="checkbox"/>
MANEXO EXTINTORES <input type="checkbox"/>	INCENDIOS URBANOS <input type="checkbox"/>	
MANEXO EQUIPOS <input type="checkbox"/>	INCENDIOS FORESTAIS <input type="checkbox"/>	
OUTROS: <input type="checkbox"/>		
OUTROS: <input type="checkbox"/>		
OUTROS: <input type="checkbox"/>		
CURSOS PROTECCION CIVIL		
CURSO BASICO: <input type="checkbox"/>		
CURSOS 2º NIVEL <input type="checkbox"/>		
CURSOS ESPECIALIZACION <input type="checkbox"/>		
OUTROS: <input type="checkbox"/>		
OUTROS: <input type="checkbox"/>		
OUTROS: <input type="checkbox"/>		
OUTROS CURSOS		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

Declaro na presente solicitude que non estou inhabilitado para as funcións públicas por medio de sentenza firme e acepto e coñezo o Regulamento da A.V.P.C. do Concello de Oleiros, así como o disposto na normativa vixente sobre Protección Civil.

Por todo o exposto, SOLICITO O INGRESO na Agrupación de Voluntarios de Protección Civil do Concello de Oleiros como VOLUNTARIO.

En Oleiros, ____ de _____ de _____

Asdo.: _____

So no caso de menores de idade (16 a 18 anos) :

D. _____, con D.N.I. _____,
 Como persoa que exerce a patria potestade ou tutela do solicitante, autorizoo a realizar a presente solicitude, como voluntario de apoio.

Asdo.: _____