PROTEZIONE CIVILE
Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento della Protezione Civile

PROGRAMMA DI DISPONIBILITA'

Struttura: *Selezionare*

Referente squadre in loco:

N. telefono: **email:**

N. TURNO	DAL	AL	N. SQUADRE
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

All. 1

PROTEZIONE CIVILE

DETTAGLIO COMPOSIZIONE SQUADRE

turno numero: 1

Struttura: Selezionare

dal

al

Referente squadre in loco:

Numero squadre disponibili: 0

N. PROGRESSIVO DICOMAC	N. PROGRESSIVO ENTE	NOMINATIVO 1	NOMINATIVO 2	NOMINATIVO 3
	C	Nome Cognome Afferenza Selezionare Tel.	Nome Cognome Afferenza Selezionare Tel.	Nome Cognome Afferenza Selezionare Tel.
	C	Nome Cognome Afferenza Selezionare Tel.	Nome Cognome Afferenza Selezionare Tel.	Nome Cognome Afferenza Selezionare Tel.
	C	Nome Cognome Afferenza Selezionare Tel.	Nome Cognome Afferenza Selezionare Tel.	Nome Cognome Afferenza Selezionare Tel.
	C	Nome Cognome Afferenza Selezionare Tel.	Nome Cognome Afferenza Selezionare Tel.	Nome Cognome Afferenza Selezionare Tel.
	C	Cognome Afferenza Selezionare Tel.	Cognome Afferenza Selezionare Tel.	Cognome Afferenza Selezionare Tel.
	C	Nome Cognome Afferenza Selezionare Tel.	Nome Cognome Afferenza Selezionare Tel.	Nome Cognome Afferenza Selezionare Tel.
	C	Nome Cognome Afferenza Selezionare Tel.	Nome Cognome Afferenza Selezionare Tel.	Nome Cognome Afferenza Selezionare Tel.
	C	Nome Cognome Afferenza Selezionare Tel.	Nome Cognome Afferenza Selezionare Tel.	Nome Cognome Afferenza Selezionare Tel.
	C	Nome Cognome Afferenza Selezionare Tel.	Nome Cognome Afferenza Selezionare Tel.	Nome Cognome Afferenza Selezionare Tel.
	C	Nome Cognome Afferenza Selezionare Tel.	Nome Cognome Afferenza Selezionare Tel.	Nome Cognome Afferenza Selezionare Tel.
	C	Nome Cognome Afferenza Selezionare Tel.	Nome Cognome Afferenza Selezionare Tel.	Nome Cognome Afferenza Selezionare Tel.
	C	Nome Cognome Afferenza Selezionare Tel.	Nome Cognome Afferenza Selezionare Tel.	Nome Cognome Afferenza Selezionare Tel.
	C	Nome Cognome	Nome Cognome	Nome Cognome

ALL. 2

PROTEZIONE CIVILE
Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento della Protezione Civile

TERREMOTO CENTRO ITALIA 2016

Alla Dicomac - Funzione censimento danni ed agibilità post evento delle costruzioni

Accreditamento tecnico e dichiarazione periodo di operatività

DATI ANAGRAFICI E PERSONALI *(*informazioni obbligatorie)*

Nome* _____

Cognome* _____

Luogo di nascita* _____ Data di nascita:* _____

Codice Fiscale* _____

Indirizzo* _____ CAP.* _____

Telefono cellulare 1* _____ Telefono cellulare 2 _____

Telefono fisso 1* _____ Telefono fisso 2 _____

E-mail* _____

ID tesserino ☐☐☐☐☐ *(a cura del Centro di Coordinamento)*

ALTRI DATI

Titolo di studio* _____

Dipendente di Pubblica Amministrazione*

☐ SI Amministrazione di appartenenza _____

_____

☐ Iscrizione ad un Ordine/Collegio professionale

Ordine/Collegio di afferenza: _____

N. iscrizione Ordine/Collegio di afferenza: _____

☐ NO *se è stata barrata la casella NO scegliere una delle opzioni seguenti:*

☐ Iscrizione ad un Ordine/Collegio professionale

Ordine/Collegio di afferenza: _____

N. iscrizione Ordine/Collegio di afferenza: _____

PERIODO DI OPERATIVITÀ ED ASSICURAZIONE*

Giorni di operatività: ☐☐☐

Data di arrivo* ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ Data di partenza* ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Assicurazione* *barrare obbligatoriamente una delle due opzioni seguenti*

☐ Richiedo di essere assicurato contro infortuni

☐ Non richiedo di essere assicurato contro infortuni in quanto già in possesso di tale assicurazione

Data, _____ Firma, _____

REQUISITO DI IDONEITÀ*

scegliere obbligatoriamente una delle tre opzioni seguenti e compilare le relative informazioni richieste:

☐ **1. Idoneità conseguita in un corso abilitante a partire dal 1 aprile 2010**

Corso: _____

Organizzato da: _____

Sede di svolgimento: _____

Data corso: _____

☐ **2. Idoneità conseguita in un corso abilitante tra il 1 giugno 2000 ed il 31 marzo 2010**

Corso: _____

Organizzato da: _____

Sede di svolgimento: _____

Data corso: _____

se è stata barrata la presente opzione 2, indicare una o entrambe le condizioni seguenti:

☐ partecipazione certificata ad almeno cinque giornate di sopralluogo per rilievo danno ed agibilità post sisma (scheda AeDES).
Evento/i del _____

☐ partecipazione certificata ad almeno due giornate di esercitazioni, sul campo e/o in aula, per rilievo danno ed agibilità post sisma (scheda AeDES).
Esercitazione/i del _____

☐ **3. Esperto (solo per dipendenti pubblici o personale in organico alla struttura dei centri di competenza)**

☐ partecipazione certificata campagne di rilievo danno ed agibilità post evento effettuata a partire dal 1997 per almeno 3 differenti eventi con un numero minimo complessivo di 15 giornate effettive di attività di sopralluogo oppure un singolo evento con 30 giornate effettive di attività di sopralluogo:

Evento del _____ N. giorni _____

Evento del _____ N. giorni _____

Evento del _____ N. giorni _____

Il sottoscritto si impegna a mantenere una condotta conforme ai principi di correttezza deontologica e a non determinare improprie posizioni di vantaggio individuale derivanti dall'attività svolta quali ad esempio l'assunzione di incarichi professionali relativi ad edifici per i quali si è svolta l'attività di rilevatore nella fase emergenziale

Il/La sottoscritto/a _____
consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi, dichiara che quanto sopra esposto corrisponde a verità.
Il/La sottoscritto autorizza l'uso dei dati sensibili ai sensi della normativa vigente in materia di privacy.

Data, _____ Firma, _____