

CONFRATERNITA DI MISERICORDIA BADIA A RIPOLI  
Via Chiantigiana, 26 – 50126 Firenze, tel. 055.65.367  
info@misericordiadiabadia.it

Tessera N. \_\_\_\_\_ (a cura Segreteria)

*Domanda di Iscrizione in qualità di Fratello/Sorella Attivo/a*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
Titolo di Studio \_\_\_\_\_, di professione \_\_\_\_\_  
cittadinanza \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_,  
e domiciliato/a a \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

Altre Associazioni presso le quali iscritto \_\_\_\_\_

Attestati posseduti (soccorritore liv. 1, 2, BLS, ...) \_\_\_\_\_

Iscritti indicati per referenze (se presenti) \_\_\_\_\_

Chiede al Magistrato di codesta Confraternita di essere ammesso/a come Fratello/Sorella Attivo/a dichiarando di assoggettarmi all'osservanza dello Statuto e del Regolamento della Confraternita. Per gli aspiranti Fratelli/Sorelle è previsto un servizio temporaneo della durata di almeno 4 mesi, denominato servizio di stracciafogli. Gli stracciafogli sono ammessi al servizio dopo una preparazione teorico pratica con decisione inappellabile del Magistrato<sup>1</sup> che, al termine del periodo previsto, potrà ammetterli al Rito della Vestizione, durante il quale prestano solenne promessa di fedeltà agli ordinamenti della Misericordia di Badia a Ripoli.

Si impegna inoltre a corrispondere annualmente la quota sociale.

Attività su cui si è orientati (non vincolante)

Ambulanza ordinaria/emergenza  Sociali  Protezione Civile  Telefonista

Altre Attività (banco alimentare, reception ambulatorio, ...)

Per lo svolgimento del servizio attivo è allegata alla presente domanda il questionario anamnestico di autocertificazione compilato che attesta le proprie condizioni cliniche, secondo il Regolamento di attuazione dell'Art. 6 della Legge Regionale del 30 dicembre 2019 n. 83 (allegato B) da consegnarsi in busta chiusa e l'autocertificazione di assenza di condanne penali.

Qualora nel Questionario anamnestico vi sia almeno una risposta affermativa o venga ritenuto necessario, verrà richiesto il certificato medico di idoneità psicofisica che attesti l'assenza di controindicazioni allo svolgimento della mansione.

**Nel caso di minorenni, con la sottostante firma il genitore, autorizza il minorenne allo svolgimento del servizio attivo presso l'Associazione.**

Data

Firma

Firma

(del genitore se minore)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Statuto Confraternita Misericordia Badia a Ripoli, Art. 15 – Il Magistrato accetta o respinge la domanda e dà comunicazione della sua decisione al Postulante. Il Magistrato entro sessanta giorni motiva la deliberazione di rigetto della domanda di ammissione e la comunica al richiedente. Chi ha proposto la domanda può entro sessanta giorni dalla comunicazione della deliberazione di rigetto chiedere che sull'istanza si pronunci il Collegio dei Custodi delle Costituzioni che delibera sulle domande non accolte, se non appositamente convocato, in occasione della sua successiva convocazione.

## CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

Trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR 2016/679 “General Data Protection Regulation” allegato al presente modulo.

### INFORMATIVA E CONSENSO ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR 2016/679 “General Data Protection Regulation”

Caro/a Fratello/Sorella, ti informiamo che per poter essere accolto in questa Confraternita di Misericordia dobbiamo obbligatoriamente trattare i tuoi dati personali. La presente informativa ha lo scopo di renderti partecipe al processo di trattamento dei tuoi dati e di fornirti tutte le indicazioni previste per la tutela degli stessi. Raccoglieremo e tratteremo i tuoi dati per i seguenti scopi:

- 1) Adempimenti legislativi in materia di disponibilità e conservazione dei dati derivanti da attività sanitaria (cartelle sanitarie, referti, e simili) anche destinati ad accertare, in caso di servizio attivo, che lo stato di salute sia tale da permettere lo svolgimento dei servizi, nello spirito di tutela dell’incolumità del soccorritore. Per questo scopo i tuoi dati saranno trattati e conservati per 5 anni come previsto dalla L.R.T 51/2009 e reg. 79/R/2016. Al termine del periodo di conservazione saranno cancellati.
- 2) Adempimenti amministrativo – contabili connessi alla gestione delle attività istituzionali (fatture e simili). Per questo scopo i tuoi dati saranno trattati e conservati per 10 anni come previsto dall’art. 2220 del C.C. Al termine del periodo di conservazione saranno cancellati.
- 3) Adempimenti legali sia per accertare la non sussistenza di impedimenti giudiziari allo svolgimento dell’attività nello spirito della tutela della sicurezza dei cittadini nonché per lo svolgimento di servizi sostitutivi di pena.
- 4) Allo scopo di poterti far pervenire tutte le comunicazioni, pubblicazioni (sia cartacee che digitali, a mezzo posta, telefono, fax, email o altro sistema di trasmissione ritenuto idoneo dalla Confraternita) che ti terranno al corrente delle attività e servizi di questa Confraternita
- 5) Allo scopo di poterti contattare (attraverso sistemi cartacei, digitali, a mezzo posta, telefono, fax, email o altro sistema di trasmissione ritenuto idoneo dalla Confraternita) allo scopo di acquisire la tua disponibilità, senza obblighi o costrizioni, ad effettuare servizi che dovessero essere richiesti a questa Confraternita ottimizzando al richiesta in dipendenza, qualora se ne ravvedesse la necessità, di eventuali preferenze o preparazioni professionali.

Hai la possibilità di rifiutarti di fornire i dati personali. In caso di rifiuto l’attuale normativa non consente di essere accolto in questa Confraternita di Misericordia. Il trattamento dei dati avverrà nel rispetto del segreto professionale, d’ufficio e della riservatezza, a mezzo di strumenti manuali su supporti cartacei, informatici e di TVCC e saranno custoditi in modo da garantire la sicurezza degli stessi. I suoi dati saranno trattati dalla Misericordia di Badia a Ripoli per gli scopi sopra descritti, dal ns. Studio Commercialista Pianorsi per la parte amministrativa, il quale garantisce lo stesso livello di protezione e tutela dei suoi dati. Inoltre, potranno essere trasmessi anche alla Struttura di Sanità Pubblica, di Autorità Giudiziaria, società assicurative. Non è previsto il trasferimento dei suoi dati in paesi esteri.

#### **I tuoi diritti:**

Conoscere l’esistenza e la conferma o meno del trattamenti di dati che la riguardano di chiedere copia, anche su supporto informatico, di tutti i dati che sono presenti negli applicativi gestionali dell’Istituto di ottenere la cancellazione dei dati, sempre che non esistano obblighi di conservazione di ottenere la rettifica o l’aggiornamento dei dati di opporsi in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati che la riguardano di proporre reclamo all’autorità giudiziaria (Garante Privacy) di aggiungere modifiche compatibili con gli obblighi di legge all’informativa.

Eventuali modifiche all’informativa da parte dell’Interessato compatibili con gli obblighi di legge:

Il Titolare del trattamento è: il Governatore Gabriella Sabatini, tel. 05565367, info@misericordiadibadia.it. Responsabile Protezione dei dati anche detto DPO (Data Protection Officer) è il Sig. Leonardo Passeri, tel. 05565367, leonardo.passeri@misericordiadibadia.it

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_, dopo aver letto l’informativa sopra esposta, acconsente al trattamento dei dati per gli scopi e modalità contenuti nella stessa a partire dalla data odierna e fino a mia eventuale revoca.

Data.....

Firma.....

#### ***In caso di soggetti minorenni***

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ Doc.Ident. \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_, dopo aver letto l’informativa sopra esposta, acconsente al trattamento dei dati del figlio/a per gli scopi e modalità contenuti nella stessa a partire dalla data odierna e fino a eventuale revoca.

Data.....

Firma.....

**AUTOCERTIFICAZIONE DI ASSENZA DI CONDANNE PENALI**

(art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000.n. 445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R. n. 445/2000 e sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA DI**

[1] non aver riportato condanne penali;

[2] non essere destinatario/a di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;

[3] non essere a conoscenza di essere sottoposto/a a procedimenti penali;

Luogo e Data .....

\_\_\_\_\_  
**Firma del/la dichiarante (per esteso e leggibile)**

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 445/2000

**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:	SÌ	NO
SUSSISTE DIABETE MELLITO Se sì, SPECIFICARE se: Insulinodipendente <input type="checkbox"/> Trattato con dieta o ipoglicemizzanti orali <input type="checkbox"/>	SÌ	NO
SOFFRE (HA MAI SOFFERTO) DI MALATTIE NEUROLOGICHE (es. morbo di Parkinson, emiparesi, ischemia cerebrale, sclerosi multipla, ecc.)? Se sì, INDICARE QUALI:	SÌ	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:	SÌ	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:	SÌ	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:	SÌ	NO
SUSSISTONO PATOLOGIE A CARICO DELL'APPARATO URO-GENITALE: (ad esempio insufficienza renale grave etc.) Se sì Specificare quali e in che periodo:	SÌ	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:	SÌ	NO
SOFFRE DI MALATTIE DEL SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI: Sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento (specificare)	SÌ	NO
SUSSISTONO PATOLOGIE A CARICO DELL'APPARATO OSTE-ARTICOLARE: gravi alterazioni anatomiche o funzionali (Se sì, specificare diagnosi):	SÌ	NO
SUSSISTONO PATOLOGIE A CARICO DEGLI ORGANI DI SENSO: gravi patologie visive e/o auditive evolutive (Se sì, specificare diagnosi)	SÌ	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 \_\_\_\_\_