

TESS.N°
RAGGR.TO
GRUPPO
DATA ISCR.
QUALIFICA
QUADRO RISERVATO ALLA DIREZIONE NAZIONALE

ALLA SEGRETRIA CENTRALE – PIAZZA DEL GRILLO, 1 00184 ROMA – 06 69773201

<b>SOTTOSCRITT</b>			
NATO/A A	PROV.	IL	
RESIDENTE A	VIA / PIAZZA		
TEL	CELL	MAIL	

PRESA VISIONE DEL CONTENUTO DEL REGOLAMENTO DELLE NORME DI APPLICAZIONE E DELLE PROCEDURE

**CHIEDE**

L'AMMISSIONE AL CORPO ITALIANO DI SOCCORSO DELL'ORDINE DI MALTA IN QUALITA' DI VOLONTARIO TIROCINANTE, SUCCESSIVAMENTE, DI MEMBRO EFFETTIVO NEL RUOLO ATTIVO.

- Volontario Aspirante e successivamente effettivo**  
 **Volontario Sostenitore**

DATA

FIRMA .....

Firme dei Presentatori	
_____	
Visto del Capo Gruppo	Visto del capo Raggruppamento
_____	_____

**DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA PRESENTE DOMANDA:**

- la scheda C.I.S.O.M. con i dati personali compilati in stampatello e debitamente firmata (che è anche un'autocertificazione ed autorizzazione al trattamento dei dati);
- 2 foto tessere;
- Certificato Anamnestico
- fotocopia di un documento d'identità;
- Il personale sanitario, medici, odontoiatri, psicologi, farmacisti, veterinari, infermieri, DEVE produrre copia del certificato di iscrizione all'ordine professionale, datato non oltre i 3 mesi antecedenti la presentazione della domanda;
- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ([secondo lo schema allegato](#))
- Scheda quota associativa

<b>Raggruppamento</b>	<b>Gruppo CISOM di</b>		
<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>		
<b>Comune di Nascita</b>	<b>Data di Nascita</b>		
<b>Stato Civile</b>	<b>C.F.</b>		
<b>Indirizzo</b>	<b>Città</b>	<b>Cap</b>	
<b>Tel.</b>	<b>Cell.</b>		
<b>Fax.</b>	<b>E-mail</b>		
<b>Altri Recapiti</b>			
<b>Titolo di studio</b>			
<b>Specializzazione (eventuale)</b>			
<b>Lingue Conosciute</b>	<input type="checkbox"/> <b>Inglese</b>	<input type="checkbox"/> <b>Francese</b>	<input type="checkbox"/> <b>Tedesco</b> <input type="checkbox"/> <b>Spagnolo</b>
<b>Professione</b>	<b>Note Professione</b>		
<b>Carriera Militare</b>	<input type="checkbox"/> <b>Si</b>	<input type="checkbox"/> <b>No</b>	<b>Patente Cat.</b> <b>n.</b>
<b>Passaporto</b>	<input type="checkbox"/> <b>Si</b>	<input type="checkbox"/> <b>No</b>	<b>n.</b>
<b>Gruppo Sanguigno</b>	<b>Dati Sanitari</b>		
<b>Precedenti Penali</b>	dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ( <a href="#">secondo lo schema allegato</a> )		

#### Taglie – Misure Personali

<b>Basco</b>	...
<b>Camicia – Giacca</b>	...
<b>Pantalone</b>	...
<b>Cintura</b>	...
<b>Scarpe</b>	...

*Autocertificazione: i dati sopra riportati sono stati forniti sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28 Dicembre 2000 n° 445.*

*Si autorizza il trattamento di dati personali nel rispetto della legge sulla privacy (D. Lgs. 196/03) esclusivamente per finalità connesse all'Associazione.*

**Data** ..... **Firma** .....

**ART.13, d.lgs. 196/2003**  
**Informativa**

L'interessato o la persona presso la quale sono raccolti i dati personali sono previamente informati oralmente o per iscritto circa:

le finalità e le modalità del trattamento di cui sono destinati i dati;

la natura obbligatoria o facoltativa del conferimento dei dati;

le conseguenze di un eventuale rifiuto di rispondere;

**i soggetti o le categorie ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, e l'ambito di diffusione dei dati medesimi;**

i diritti di cui all'art.7;

gli estremi identificativi del titolare e, se designati, del rappresentante nel territorio dello Stato ai sensi dell'art.5 e del responsabile. Quando il titolare ha designato più responsabili è indicato almeno uno di essi, indicando il sito della rete di comunicazione o le modalità, attraverso le quali è conoscibile in modo agevole l'elenco aggiornato dei responsabili. Quando è stato designato un responsabile per il riscontro dell'interessato in caso di esercizio dei diritti di cui all'art.7, è indicato tale responsabile.

L'informativa di cui al comma 1 contiene anche gli elementi previsti da specifiche disposizioni del presente codice e può non comprendere gli elementi già noti alla persona che fornisce i dati o la cui conoscenza può ostacolare in concreto l'espletamento, da parte di un soggetto pubblico, di funzioni ispettive o di controllo svolte per finalità di difesa o di sicurezza dello stato oppure di prevenzione, accertamento o repressione di reati.

Il Garante può individuare con proprio provvedimento modalità semplificate per l'informativa fornita in particolare da servizi telefonici di assistenza e informazione al pubblico.

Se i dati personali non sono raccolti presso l'interessato, l'informativa di cui al comma 1, comprensiva delle categorie di dati trattati, è data al medesimo interessato all'atto della registrazione dei dati o, quando è prevista la loro comunicazione. La disposizione di cui al comma 4 non si applica quando:

i dati sono trattati in base ad un obbligo previsto dalla legge, da un regolamento della normativa comunitaria;

i dati sono trattati ai fini dello svolgimento delle investigazioni difensive di cui alla legge 7 dicembre 2000, n.397, o, comunque, per far valere o difendere un diritto in sede giudiziaria, sempre che i dati siano trattati esclusivamente per tali finalità e per il periodo strettamente necessario al loro perseguimento;

l'informativa sull'interessato comporta un impiego di mezzi che il Garante, prescrivendo eventuali misure appropriate, dichiara manifestamente sproporzionati rispetto al diritto tutelato, ovvero si riveli, a giudizio del Garante, impossibile.

**Tutela della privacy**

Consenso al trattamento dei dati personali

Preso atto dell'informativa resami ai sensi dell'art.13, d.lgs.196/2003 e noti i diritti a me riconosciuti ex art.7, stesso decreto:

acconsento

non acconsento

al trattamento dei miei dati comuni, per le finalità e nei limiti indicati nella menzionata informativa (\*)

NOME

COGNOME

FIRMA

---

## CERTIFICATO ANAMNESTICO

COGNOME:	
NOME	
data e luogo di nascita:	
Codice fiscale:	
Residente in via _____	CAP _____ Città _____ Prov _____

Si certifica, sulla scorta dei dati anamnestici e clinici in mio possesso, che il mio assistito, presenta/non presenta (cancellare la voce che non interessa) condizioni morbose, attuali o pregresse, in riferimento a:

<b>Apparato cardio-circolatorio:</b> <i>(se si specificare diagnosi)</i>	SI	NO
<b>Diabete mellito</b>	SI	NO
<b>Sistema endocrino:</b> <i>(se si specificare diagnosi)</i>	SI	NO
<b>Sistema neurologico:</b> <i>(se si specificare diagnosi)</i>	SI	NO
<b>Patologie psichiche:</b> <i>(se si specificare diagnosi)</i>	SI	NO
<b>Epilessia</b>	SI	NO
<b>Condizioni di dipendenza da : alcol / sostanze stupefacenti e psicotrope:</b> <i>(cancellare la voce che non interessa)</i>	SI	NO
<b>Apparato uro-genitale: Insufficienza renale grave</b>	SI	NO
<b>Sangue ed organi emopoietici:</b>	SI	NO
<b>Sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento</b> <i>(specificare)</i>	SI	NO
<b>Apparato osteo-articolare:</b> gravi alterazioni anatomiche o funzionali	SI	NO
<b>Organi di senso:</b> gravi patologie visive evolutive	SI	NO

Data .....

Timbro e Firma del Medico

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA

(rilasciata ai sensi del D.P.R. del 28.12.2000 n. 445 - supplemento ordinario alla G.U. - Serie generale n. 42 del 20.02.2001)

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_

avvalendomi delle disposizioni di cui all'art.38 (L.R.) del D.P.R. del 28.12.2000, n. 445 " Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" e consapevole di quanto previsto dall'Art. 76, qualora dal controllo di cui all'Art. 71 emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, decado dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera e punito ai sensi degli articoli 483 e 485 del Codice Penale

### DICHIARA

sotto la propria responsabilità di non avere procedimenti penali pendenti e non aver riportato condanne penali e/o patteggiamenti, divenute/i cosa giudicata, per reati in generale ed in particolare per reati che comportano l'interdizione dai pubblici uffici (1)

firma

DATA        /        /

(1) I reati che possono comportare l'interdizione dai pubblici uffici sono: gli illeciti di cui al decreto legislativo 3 aprile 2006, n.152 (norme in materia ambientale); i reati connessi alla criminalità organizzata; i reati contro il patrimonio dello Stato; i reati contro la personalità dello stato o contro l'ordine pubblico; i delitti contro la politica amministrativa, i delitti non colposi contro le persone.

## **Regolamento del Corpo Italiano di Soccorso Ordine di Malta Italia**

### **ART. 1**

#### **NATURA DEL CISOM**

##### **Ultimo comma**

Gli aspiranti volontari, i volontari effettivi, e tutti gli Organi di Direzione, Funzionali e Territoriali inseriti nel presente Regolamento, con la propria sottoscrizione della domanda di adesione e con la propria accettazione dell'incarico e della funzione, esprimono la piena consapevolezza che il loro operato, svolto secondo i valori di cui al comma precedente, sarà rivolto a tutti coloro che ne avranno bisogno, senza alcuna distinzione di fede religiosa, etnia, sesso, provenienza, età od altro.

### **ART. 2**

#### **FINALITA'**

##### **Primo comma**

OMISSIS

L'opera del CISOM si ispira ai valori cristiani e cattolici, volti all'attenzione e al rispetto verso il prossimo, specie nelle difficoltà, nonché verso la vita e verso il Creato.

### **ART. 33**

#### **REQUISITI PER DIVENIRE EFFETTIVI**

Per l'ammissione al Corpo, nella piena consapevolezza che l'operato del CISOM si ispira a valori cristiani e cattolici, sono richiesti:

- età superiore ad anni diciotto oppure anni 16 con il consenso dei genitori; in tal caso sono precluse le attività operative in emergenza e di protezione civile;
- diploma di laurea o di abilitazione alla professione per le componenti sanitarie;
- titolo di studio della scuola dell'obbligo per le componenti diverse da quelle sanitarie;
- certificato medico di sana e robusta costituzione fisica (per attività non agonistica);
- due foto formato tessera;
- fotocopia di un valido documento di identità;
- copia di attestati di specializzazione, patenti speciali, brevetti di volo, ecc.

La Direzione Nazionale si riserva di richiedere in qualunque momento ai volontari la certificazione relativa al Casellario Giudiziale e ai carichi pendenti. La mancata presentazione delle certificazioni richieste comporta la non iscrizione o l'immediata cancellazione dai ruoli del Corpo.

### **ART. 34**

#### **VOLONTARI ASPIRANTI**

L'Aspirante che desidera iscriversi, per svolgere le attività del CISOM, dovrà presentare apposita domanda, corredata della documentazione richiesta, unitamente ad un sintetico curriculum vitae.

Per le professionalità sanitarie (medici, veterinari, psicologi, farmacisti ed infermieri professionali) il curriculum vitae dovrà essere integrato con ogni informazione relativa al titolo di studio conseguito, alla specializzazione e all'abilitazione all'esercizio della professione. (nota esplicativa n. 1)

L'Aspirante dovrà effettuare un Tirocinio della durata di sei (6) mesi durante i quali dovrà partecipare ad almeno sei (6) servizi. Il Capo Gruppo, attraverso il Capo Raggruppamento, provvederà ad informare il Delegato Granpriorale dell'inizio del tirocinio degli Aspiranti.

Il periodo di tirocinio può essere prorogato.

L'iscrizione nei ruoli del Corpo viene automaticamente revocata nell'ipotesi di non superamento del periodo di tirocinio. Il Capo Gruppo è tenuto ad informare con immediatezza la Segreteria centrale del mancato superamento del periodo di tirocinio.

(nota esplicativa n. 1)

Per i medici, i veterinari e i farmacisti deve essere presentata copia autenticata del Diploma di Laurea e di abilitazione all'esercizio professionale;

Per gli Infermieri Professionali la copia autentica del diploma di Laurea in Infermieristica e/o Scienze infermieristiche, nonché copia autentica per ogni diploma o specializzazione conseguita.

#### **ART. 38**

##### **OBBLIGHI, DIVIETI ED INCOMPATIBILITA'**

E' incompatibile l'inquadramento nel CISOM per coloro che appartengono alla Croce Rossa Italiana (CRI) o ad Associazioni iscritte nell'elenco presso il Dipartimento della Protezione Civile della Presidenza del Consiglio dei Ministri dello Stato italiano o nei Registri delle organizzazioni di volontariato presso ogni regione, che svolgono attività di Protezione civile.

Ogni specifica deroga, proposta per via gerarchica, deve essere espressamente autorizzata dal Direttore Nazionale.

E' altresì incompatibile ogni carica prevista dal presente regolamento con le cariche ricoperte nell'ambito dei Gran Priorati e/o delle Delegazioni dell'Ordine; eventuali deroghe potranno essere concesse dal Consiglio su proposta del Direttore Nazionale.

Per quanto afferisce alla possibilità di appartenere contemporaneamente al CISOM ed al Corpo Militare dell'ACISMOM si rinvia alla regolamentazione specifica concordata tra i due Corpi e agli accordi che di volta in volta verranno assunti dai rispettivi Organismi Centrali.

Dette disposizioni regolamentano anche le funzioni di impiego e coordinamento di detto personale.

Su richiesta del Capo Raggruppamento o del Capo Gruppo, e comunque in caso di evidenti motivi, la Segreteria Centrale potrà riservarsi di richiedere al Volontario un certificato di sana e robusta costituzione fisica che attesti l'idoneità al servizio prestato. La mancata presentazione della certificazione richiesta nei termini comunicati comporta incompatibilità con la partecipazione ai servizi operativi da parte del Volontario.

#### **ART. 39**

##### **PERDITA DELLA QUALIFICA DI VOLONTARIO**

Indipendentemente dalla cancellazione dai ruoli prevista dal successivo articolo 41, lettera f), il volontario del CISOM può essere dimesso nei seguenti casi:

- a. dimissioni volontarie;
- b. perdita dell'idoneità fisica anche ai servizi sedentari;
- c. per il verificarsi di una situazione d'incompatibilità;
- d. per assenza dai servizi attivi per un periodo di oltre sei mesi continuativi, non giustificato da validi motivi;
- e. per i motivi di cui all'ultimo comma dell'art. 33 (Requisiti per divenire volontario)

Dichiaro di aver preso visione di tutti i 56 articoli di cui si compone il Regolamento del CISOM, in particolare di quelli inseriti nel Capo VII afferenti le "Norme Disciplinari" (articoli dal 40 al 45), e di accettare le condizioni e le disposizioni contenute nel predetto Regolamento.

NOME

COGNOME

FIRMA

---

## **AUTORIZZAZIONE ISCRIZIONE PER MINORENNI**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
genitore di \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
nella qualità di esercente potestà genitoriale

### **AUTORIZZA**

l'iscrizione del proprio figlio al Corpo Italiano di Soccorso dell'Ordine di Malta,

### **DICHIARO**

- di aver preso visione dello Statuto e del Regolamento dell'Associazione e di accettarli integralmente;
- di essere a conoscenza delle attività svolte dal CISOM in particolar modo nel campo della Protezione Civile e nei servizi di Assistenza Umanitaria;
- di essere stato preventivamente informato delle difficoltà e dei pericoli connessi alle attività svolte dal CISOM;
- di essere stato preventivamente informato che il minore, ai sensi dell'articolo 33 primo comma del Regolamento, non potrà essere impiegato, dal CISOM, nelle attività operative in emergenze e di protezione civile e di vigilare affinché il minore rispetti la preclusione prevista dal predetto articolo.

FIRMA

P.S. allegare documento di identità valido del genitore



## **SCHEDA QUOTA ASSOCIATIVA**

Il Capo Gruppo CISOM di \_\_\_\_\_ comunica che la quota associativa per l'anno \_\_\_\_\_ dell' aspirante volontario \_\_\_\_\_ è stata versata secondo la seguente modalità:

**Bonifico Bancario (distinta allegata)**

**Versamento tramite disponibilità Gruppo (cassettino)**

IL CAPO GRUPPO