REGIONE LAZIO

Allegato A

# DOMANDA DI ACCESSO AL FONDO DI SOLIDARIETA' DEL VOLONTARIATO DI PROTEZIONE CIVILE

**Modello da compilare a cura del volontario beneficiario del Fondo**

Il presente modulo di domanda debitamente compilato in tutte le sue parti, e completo degli allegati previsti e debitamente sottoscritto, deve essere inviato esclusivamente tramite Posta Elettronica Certificata all' indirizzo PEC: emepcnue112@pec.regione.lazio.it della Direzione regionale "Emergenza, Protezione Civile e N.U.E. 112".

## DATI ANAGRAFICI DEL SOGGETTO RICHIEDENTE

Cognome_____ Nome_____

Nato/a il_____Luogo di nascita_____

Cellulare_____Telefono_____

E-mail_____PEC_____

Codice Fiscale_____

Volontario operativo dell'Organizzazione di Volontariato di Protezione Civile denominata_____Iscritta al n._____dell' Elenco territoriale delle Organizzazioni di volontariato della Regione Lazio, di cui alla l.r. n. 2/2014 e ss.mm.i. e legalmente rappresentata dal sig._____

## DESCRIZIONE DELL' INFORTUNIO

Infortunio avvenuto alle ore_____del giorno_____

nel luogo_____

Descrizione del luogo

_____
_____
_____
_____

Descrizione dell'infortunio (cause, modalità e conseguenze immediate)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Conseguenze lesive dell'infortunio:

_____
_____
_____
_____
_____

Luogo di primo ricovero/cura

_____
_____
_____
_____

Cure prescritte ed effettuate

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Strutture presso le quali le cure sono state effettuate

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Data compilazione _____/_____/_____

Firma leggibile del dichiarante_____

Firma leggibile per presa visione, ed accettazione, del rappresentante legale della ODV

_____

Timbro ODV_____

**DICHIARAZIONI AI SENSI DEGLI ARTT. 46 e 47 DEL DPR 445/2000**

Il/la sottoscritto/a_____
Cod. Fisc._____
consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità dichiara che:

- i dati e le informazioni rese nella sezione "Dati anagrafici del soggetto richiedente";
- l'infortunio denunciato, e tutte le relative informazioni rese nella sezione "Descrizione dell'infortunio", rispondo al vero.

Il/la sottoscritto/a dichiara, altresì che l'infortunio denunciato è stato il primo evento che ha coinvolto la regione corporea per la cura della quale sono state sostenute le spese mediche oggetto della richiesta del contributo di ristoro.

**In caso contrario** indicare nel campo sottostante la data del precedente infortunio e le lesioni subite nella stessa regione corporea.

_____
_____
_____
_____
_____

- Le spese mediche riabilitative e le spese di psicoterapia per il trattamento del disturbo da stress post traumatico a causa di infortuni subiti nelle attività di protezione civile di previsione, prevenzione e soccorso, di cui si chiede il contributo di ristoro, non sono state rimborsate né dalla Compagnia assicurativa dell'Organizzazione di Volontariato di appartenenza, né da altra Compagnia assicurativa privata.
- Le spese complessivamente sostenute ammontano ad €_____(in lettere_____)

**In caso contrario** specificare nel campo sottostante quali spese e in quale percentuale sono state rimborsate dalla Compagnia assicurativa dell'Organizzazione di Volontariato di appartenenza, o da altra Compagnia assicurativa privata, specificando altresì la denominazione sociale della suddetta Compagnia._____
_____
_____
_____
_____

**Somme rimborsate pari ad €**_____(in lettere_____)

- I dispositivi di protezione individuale - DPI - forniti dall'Organizzazione di volontariato di appartenenza, per l'attività di protezione civile prestata, sono stati utilizzati secondo le modalità prescritte dalla normativa vigente sulla sicurezza sul luogo di lavoro.

- Il possesso di attestato di specifica formazione per l'attività di protezione civile svolta, in corso di validità al momento dell'evento infortunistico.

Data compilazione _____/_____/_____

Firma leggibile del dichiarante _____

**Allegati:**

- Copia documento di riconoscimento del dichiarante in corso di validità (solo in caso di apposizione di firma autografa);
- documentazione fiscale giustificativa delle spese per le quali è chiesto il contributo regionale a titolo di ristoro, relativa a quanto dichiarato nella sezione "Descrizione dell'infortunio";
- attestato di specifica formazione, laddove richiesto dal tipo di attività prestata;
- documentazione attestante la percentuale del rimborso riconosciuto dalla Compagnia assicurativa, privata o dell'ODV di appartenenza, per le spese di cui si chiede il contributo di ristoro.

**Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della normativa vigente in materia**

Il sottoscritto/a_____nato/a a _____

il _____/_____/_____ Residente a_____

Via _____ n. _____ Tel. _____

Cell. _____ Indirizzo e- mail _____

Indirizzo PEC_____

**ACCONSENTE**

**ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 24 aprile 2016, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali per le finalità descritte nell'informativa allegata al presente modulo di domanda, del quale costituisce parte integrante; acconsente inoltre al trattamento delle categorie particolari di dati personali, (sensibili ed ultrasensibili), necessario per il conseguimento delle finalità previste dall'art. 12 *bis* della l.r. 26 febbraio 2014, n. 2 e successive modifiche e integrazioni.**

Letto, confermato e sottoscritto

Data ____/____/_____

Firma leggibile del dichiarante _____

Allegare copia del documento di riconoscimento del dichiarante in corso di validità in caso di apposizione di firma autografa.