



**GRUPPO VOLONTARI AMBULANZA
DEL VERGANTE-Onlus
Affiliata A.N.P.A.S**

Sede Operativa
Via per Meina- Località Madonna della Neve
Presso Centro di Protezione Civile
28010 NEBBIUNO (No)
Cod.Fiscale 90004090032 -
Tel. 0322 / 280.117- fax 0322/589.783
e.mail: segreteria@ambulanzavergante.com
Sito Internet : www.ambulanzavergante.com



DOMANDA PROROGA SOSPENSIONE DAL SERVIZIO DI

- ☒ **EMERGENZA**
- ☐ **ORDINARI**
- ☐ **SOCIO-ASSISTENZIALE**
- ☐ **CENTRALINO**

(BARRARE L'OPZIONE)

Spettabile Consiglio Direttivo e Responsabili dei Volontari

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ prov. _____ il _____

Residente a _____ prov. _____

Via _____ numero _____

Indirizzo E-MAIL (per eventuali comunicazioni) _____



**GRUPPO VOLONTARI AMBULANZA
DEL VERGANTE-Onlus
Affiliata A.N.P.A.S**

Sede Operativa
Via per Meina- Località Madonna della Neve
Presso Centro di Protezione Civile
28010 NEBBIUNO (No)
Cod.Fiscale 90004090032 -
Tel. 0322 / 280.117- fax 0322/589.783
e.mail: segreteria@ambulanzavergante.com
Sito Internet : www.ambulanzavergante.com



CHIEDE

di Prorogare la Sospensione dal servizio _____

a partire dal _____ fino al _____ .

Per i seguenti motivi: _____

_____ .

Consapevole che il periodo massimo di Sospensione è di 4 mesi.

In caso di Servizio di Emergenza sono consapevole di dover svolgere prima del rientro un corso di Aggiornamento 118 per poter ricominciare il Servizio.

Data ____/____/____

Firma

DA COMPILARSI A CURA DEL CONSIGLIO DIRETTIVO:

Domanda esaminata nella riunione del Consiglio Direttivo del _____

Esito: ACCETTATA ☐

RESPINTA ☐

(barrare la casella corrispondente)

Nebbiuno, lì ____/____/____

IL PRESIDENTE