



**ATTIVAZIONE VOLONTARIATO E RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AI
 BENEFICI DI LEGGE
 PER INTERVENTI IN EMERGENZA**

**Modello
 A**

DA:.....

REGIONE TOSCANA
 SETTORE SISTEMA REGIONALE DI PROTEZIONE CIVILE
 SALA OPERATIVA UNIFICATA PERMANENTE

ID EVENTO : del

ID ATTIVAZIONE :del

Il sottoscritto in qualità di responsabile/referente per la protezione civile della Provincia o del Comune /Unione dei Comuni di
 al fine di fronteggiare la situazione di emergenza connessa all'evento.....,verificatasi/prevista dal giorno
 intende attivare le sezioni di volontariato di seguito indicate e ne

RICHIESTE

l'autorizzazione ai fini dell'applicazione dei benefici normativi di cui al DPR 194/2001 e al Regolamento DPG n.62R/2013

N. Identificativo Sezione	Denominazione della Sezione	Stima n. Volontari

TOTALE VOLONTARI _____

Si comunica che le suddette sezioni sono impegnate dal giorno:.....fino a cessata esigenza.
 e sono utilizzate nella località.....per lo svolgimento delle seguenti attività:

- SUPPORTO TECNICO OPERATIVO**
- PRESIDIO IN SALA OPERATIVA**
- MONITORAGGIO SUL TERRITORIO**
- ASSISTENZA ALLA POPOLAZIONE**

Le suddette sezioni sono impiegate : direttamente supporto del/i comune/i.....
 Segreteria presso la quale le sezioni di volontariato verranno accreditate:.....
 Ente che rilascia l'attestato di impiego (Ente impiegante):.....
 Ente al quale sono indirizzate le richieste di rimborso da parte delle OO.VV. (Ente attivante):.....

Per qualsiasi ulteriore informazione in merito, contattare il seguente numero telefonico:.....

Il sottoscritto chiede che qualsiasi comunicazione afferente il procedimento in oggetto sia trasmessa al seguente indirizzo di posta elettronica certificata (PEC):

Data della richiesta:.....

Il sottoscritto:.....

Vista la richiesta inoltrata, **SI AUTORIZZANO** le sezioni operative sopra indicate ai fini dei benefici previsti dall'art.25 del Regolamento regionale DPGR n,62R/2013

a partire dalla data odierna e fino a cessate esigenze.

L'Ente attivante le suddette associazioni di volontariato dovrà provvedere all' istruttoria delle pratiche di rimborso alle associazioni di volontariato impegnate ed alla conseguente liquidazione secondo le modalità stabilite dalle disposizioni regionali, previo accreditamento fondi da parte della Regione fatto salvo quanto eventualmente specificato nelle seguenti note:

Note:.....

Data:.....

IL DIRIGENTE RESPONSABILE:

Antonino Mario Melara

Il presente documento ha validità esclusivamente se firmato digitalmente.



**ATTIVAZIONE VOLONTARIATO E RICHIESTA DI UTOORIZZAZIONE AI
 BENEFICI DI LEGGE
 PER EVENTI PROGRAMMATI**

**Modello
 B**

DA:.....

Regione Toscana
 Settore Sistema Regionale di Protezione Civile

ID EVENTO PROGRAMMATO : del

ID ATTIVAZIONE :del

Il sottoscritto in qualità di responsabile/referente per la protezione civile della Provincia o del Comune/Unione dei Comuni di,
 in occasione della attività di protezione civile di seguito indicata, che si terrà in località.....
 dal giorno..... al giorno.....

- ESERCITAZIONE: _____
- ATTIVITA' ADDESTRATIVA: _____
- FORMAZIONE: _____
- ATTIVITA' DI PIANIFICAZIONE: _____
- ASSISTENZA ALLA POPOLAZIONE PER RITROVAMENTO ORDIGNO BELLICO
- ALTRO _____

intende attivare le sezioni di volontariato di seguito indicate e ne

R I C H I E D E

l'autorizzazione ai fini dell'applicazione dei benefici normativi di cui all'art.9 del DPR 194/2001 e all'art.25 del Regolamento regionale DPGR n.62R/2013:

ID Iscrizione Elenco Reg.	Denominazione Sezione Operativa	Comune Sede della Sezione Operativa	N° max volontari impiegati	N° max volontari con art. 9 DPR 194
TOTALE				

STIMA ONERI PER RIMBORSO AI DATORI DI LAVORO/ LAVORATORI AUTONOMI : Euro.....

MEZZI E ATTREZZATURE DI CUI SI PREVEDE L'IMPIEGO :

(indicare i mezzi significativi: torri faro, gruppi elettrogeni, idrovore, autovetture ecc.)

ID Elenco Regionale	Denominazione Sezione Operativa	Comune Sede della Sezione Operativa	N° Mezzi Assoc.	N° Mezzi Priv.	Tipologia mezzi/attrezzature
TOTALE					

STIMA ONERI PER RIMBORSO ALLE ORGANIZZAZIONI DI VOLONTARIATO :

- spese carburante mezzi/attrezzature: ...€.
- spese viaggio: €.

- Segreteria presso la quale le sezioni di volontariato verranno accreditate:.....
- Ente che rilascia l'attestato di impiego: (Ente impiegante)
- Ente al quale sono indirizzate le richieste di rimborso da parte delle OO.VV.: (Ente attivante)

Il sottoscritto chiede che qualsiasi comunicazione afferente il procedimento in oggetto sia trasmessa al seguente indirizzo di posta elettronica certificata (PEC):

Per qualsiasi ulteriore informazione in merito, contattare il Sig.:.....al seguente numero telefonico:.....

Data della richiesta:.....

Il sottoscritto:.....

Si allega : Documento d'impianto dell'iniziativa

PARTE RISERVATA AL SETTORE SISTEMA REGIONALE DI PROTEZIONE CIVILE
--

Vista la richiesta inoltrata, **SI AUTORIZZANO** le sezioni operative sopra indicate ai fini dei benefici previsti dalla vigente normativa:

Note:

SI SPECIFICA CHE:

Gli oneri corrispondenti al rimborso delle spese sostenute dalle Organizzazioni di volontariato sono sostenuti:

Con fondi a carico dell'Ente attivante

Con fondi a carico della Regione nei limiti di seguito indicati:

- per datori di lavoro/ lavoratori autonomi. (art.9 DPR 194/2001): n.....gg/uomo
- per rimborso alle OO.V. (art.10 DPR 194/2001): Euro.....

L'Ente attivante le suddette associazioni di volontariato dovrà provvedere all' istruttoria delle pratiche di rimborso alle associazioni di volontariato impegnate ed alla conseguente liquidazione secondo le modalità stabilite dalle disposizioni regionali, previo accreditamento fondi da parte della Regione Toscana nella misura sopra indicata e salvo diversa indicazione nelle note sopra riportate

Data:.....

IL DIRIGENTE RESPONSABILE:

Antonino Mario Melara

Il presente documento ha validità esclusivamente se firmato digitalmente

**ATTIVAZIONE REGIONALE DELLE SEZIONI DI VOLONTARIATO ED
AUTORIZZAZIONE AI BENEFICI DI LEGGE**

Modello
C

ID EVENTO : del

ID ATTIVAZIONE :del

Al fine di fronteggiare la situazione di emergenza connessa all'evento.....,verificatasi/prevista dal giorno ed a seguito della richiesta pervenuta da.....circa l'attivazione di sezioni di volontariato ulteriori rispetto a quelle già impegnate in ambito locale, si attivano le sezioni di volontariato di seguito indicate e ne autorizza l'accesso ai benefici di cui al DPR 194/2001 e al Regolamento regionale DPGR n.62R/2013

N.Identificativo Sezione	Denominazione della Sezione	Stima n. Volontari

TOTALE VOLONTARI PREVISTI _____

Le suddette sezioni sono impegnate dal giorno:.....fino a cessata esigenza.
e sono utilizzate nella località.....per lo svolgimento delle seguenti attività:

- SUPPORTO TECNICO OPERATIVO**
- PRESIDIO IN SALA OPERATIVA**
- MONITORAGGIO SUL TERRITORIO**
- ASSISTENZA ALLA POPOLAZIONE**

Le suddette sezioni sono impiegate : direttamente supporto di

Segreteria presso la quale le sezioni di volontariato verranno accreditate:.....

Ente che rilascia l'attestato di impiego (Ente impiegante):.....


Ente al quale sono indirizzate le richieste di rimborso da parte delle OO.VV. (Ente attivante):

Qualsiasi comunicazione afferente il procedimento in oggetto deve essere trasmessa al seguente indirizzo di posta elettronica certificata (PEC): **regionetoscana@postacert.toscana.it**

Data.....

Il Dirigente Responsabile

Antonino Mario Melara

MOD. D SCHEDA DI REGISTRAZIONE <small>CMRT.recamp.V5.0</small>		Numero di iscrizione Albo Reg. Volontariato PC	Arrivata il
	/.....	Alle ore
EVENTO:	SEGRETERIA DI CAMPO:	PERMANENZA FINO AL / /	

<input type="checkbox"/> ANPAS	<input type="checkbox"/> C.R.I.	<input type="checkbox"/> MISE	<input type="checkbox"/> VAB	<input type="checkbox"/> ALTRO
--------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	------------------------------	--------------------------------

Associazione/Ente:	Comune:	Prov:
Referente al Campo:	Num cell:	

ELENCO PERSONALE (chi ha badge regionale non compili riga codice fiscale)

N°	Cognome	Nome	Professione ⁽¹⁾	Attività al campo ⁽²⁾	Art.9	Uscito il
1					<input type="checkbox"/>	
	Nato a	il	C F			
2					<input type="checkbox"/>	
	Nato a	il	C F			
3					<input type="checkbox"/>	
	Nato a	il	C F			
4					<input type="checkbox"/>	
	Nato a	il	C F			
5					<input type="checkbox"/>	
	Nato a	il	C F			
6					<input type="checkbox"/>	
	Nato a	il	C F			
7					<input type="checkbox"/>	
	Nato a	il	C F			
8					<input type="checkbox"/>	
	Nato a	il	C F			

(1) PROFESS:	AUT	Autista (pat C, D,	MUR	Muratore	(2) ATTIVITÀ AL CAMPO:	C.CAMPO	Capo campo	MAG	Magazziniere
	E)		MEC	Meccanico		SEG	Segreteria		CUC
	GRU	Gruista	ANI	Animatore	SCO	Supporto Centri	TLC	Operatore TLC	
	MUL	Mulettista	LIN	Lingue straniere	Operat		SOC	Soccorritore sanitario	
	MMT	Operatore Skid	INF	Infermiere	REFIST	Referente	PSI	Supporto SocioPsic	
	ELE	Elettricista	MED	Medico	istituzionale IMP	Impiantisti			
	IDR	Idraulico	PSI	Psicologo	GEN	Generico			

SPAZIO NOTE DELLA SEGRETERIA	OPERAZIONI		OPERAT
	REGISTRATA SU SART	<input type="checkbox"/>	
	SOSPESA PER PROBLEMI	<input type="checkbox"/>	
	BENEFICI STAMPATI	<input type="checkbox"/>	
	BENEFICI CONSEGNATI	<input type="checkbox"/>	

ELENCO E CARATTERISTICHE DEI MEZZI									
TARGA MEZZO	TIPOLOGIA MEZZO	MARCA E MODELLO DEL MEZZO	KM PERCORSI DALLA SEDE AL CAMPO	TIPO PATENTE	TIPO CARBURANTE	N° POSTI GUIDATORE COMPRESO	GANCIO TRAINO OMOLOGATO	USCITO IL	KM PERCORSI AL CAMPO
							<input type="checkbox"/>		
							<input type="checkbox"/>		
							<input type="checkbox"/>		
							<input type="checkbox"/>		
					SCHEDA CHIUSA		<input type="checkbox"/>		

ELENCO E CARATTERISTICHE DELLE ATTREZZATURE			
MATRICOLA RISORSA (da GEVOT)	TIPOLOGIA RISORSA	DESCRIZIONE DETTAGLIATA RISORSA E ACCESSORI (VEDI CENSIMENTO SU GEVOT)	USCITO IL

REGOLAMENTO DEL CAMPO

1. La gestione operativa ed il controllo delle attività interne ed esterne al Campo Base sono coordinate dalla Segreteria di concerto con il Capocampo. Tutti i volontari e gli ospiti sono tenuti ad osservarne le indicazioni.
2. Il modulo per la registrazione dovrà essere compilato in ogni sua parte e consegnato, **unicamente** dal Responsabile di ogni Associazione, alla Segreteria prima di accedere al Campo. Non sarà ammesso al Campo chi non abbia compilato e consegnato la Scheda di registrazione.
3. I Volontari legati a specifiche patologie a rischio o che fanno uso di farmaci particolari devono segnalarlo al momento della registrazione, al Responsabile della struttura sanitaria del Campo. I dati saranno trattati nel rispetto della PRIVACY
4. Ogni Volontario ed automezzo saranno identificati mediante un apposito PASS.
5. Il PASS è personale e deve essere portato in maniera visibile durante la permanenza all'interno del Campo.
6. E' a carico del Responsabile di ogni Associazione segnalare alla Segreteria del Campo, negli orari stabiliti dalla stessa, quante persone intendono usufruire del pasto.
7. Il Personale che alloggia al Campo deve rispettare le indicazioni fornite dalla Segreteria per quanto riguarda i posti letto, le aree di parcheggio dei veicoli e deve rispettare le disposizioni inerenti ai servizi interni istituiti.
8. I veicoli possono circolare all'interno del Campo solamente per motivi di servizio e comunque a velocità ridotta e nelle zone autorizzate; ulteriori restrizioni potranno essere decise e comunicate di volta in volta.
9. Chiunque esca dal Campo deve essere in possesso dell'autorizzazione rilasciata dalla Segreteria, riportante le esigenze (interventi o altro) e dovrà essere riconsegnata al rientro alla Segreteria.
10. E' compito del personale indicato dalla Segreteria vigilare e regolare la circolazione dei mezzi all'interno dello stesso ed il parcheggio di questi nelle aree a loro riservate e assegnate.
11. Nel periodo di chiusura del Campo i veicoli non possono circolare (se non per motivi di emergenza) e il Personale dovrà tenere un comportamento consono tale da non disturbare chi sta riposando.
12. A giudizio insindacabile del Capocampo, la mancata osservanza del Regolamento, ed un comportamento scorretto che danneggi l'armonia e lo spirito del campo, potranno comportare l'immediato allontanamento del/dei Volontario/i che se ne siano resi responsabili.
13. Le comunicazioni con la Segreteria di campo dovranno avvenire SOLO tramite i Responsabili di gruppo e dell'Associazione



RICHIESTA DI RIMBORSO DATORE DI LAVORO

Modello
E

DA :.....

Regione Toscana
Settore Sistema Regionale di Protezione Civile

regionetoscana@postacert.toscana.it

Oggetto: Evento
richiesta di rimborso ai sensi dell'art. 9 D.P.R. 194/2001 (art.25 DPGR 62/R 2013)

Il sottoscritto (*nome e cognome*) ai sensi dell'art. 9 del D.P.R. 194/2001 (art.25 DPGR 62/R 2013)

CHIEDE

che venga reintegrata la somma pari ad Euro
corrispondente agli emolumenti versati al dipendente Sig.ra/Sig. per partecipare alle attività di protezione civile svolte in occasione dell'evento di cui all'oggetto ed a seguito delle autorizzazioni riportate nella tabella seguente.

A tale scopo il sottoscritto, ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR 28.12.2000, n.445, consapevole delle sanzioni penali per dichiarazioni mendaci, falsità ed uso di atti falsi ai sensi dell'art. 76 e della decadenza dai benefici di cui all'art.75 del DPR n.445 citato, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di essere nato a il residente a
Via/Piazza n° codice fiscale
- di richiedere il rimborso in qualità di rappresentante legale/procuratore della Ditta/Azienda (*specificare denominazione e forma giuridica*)
con sede legale in Via/Piazza n. telefono.....fax.....e-mail.....
Codice Fiscale
- che la Sig.ra/Sig. nata/o a il C.F., per partecipare alle attività di soccorso svolte in occasione dell'evento di cui all'oggetto come volontario delle organizzazioni di seguito indicate è stata/o assente nei giorni :

SEGRETERIA	ORGANIZZAZIONE	DA DATA	A DATA	ATTIVAZIONE	N. GIORNI ASS.

- Che la retribuzione giornaliera del suddetto dipendente è pari ad Euro come da prospetto allegato,
- Che gli emolumenti versati al proprio dipendente per n. giorni di assenza sono pari ad Euro e ne chiede il rimborso a mezzo di:
 - 1) accredito sul c/c postale n..... Codice IBAN.....
 - 2) accredito sul c/c bancario n..... presso la Banca
Agenzia/Filiale.....di.....(Prov.) Via/Piazza.....
ABI.....CAB.....Codice IBAN.....

Il sottoscritto **dichiara** di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs.n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Dichiara altresì di essere consapevole che la presente istanza potrà essere oggetto di controllo ai sensi e per gli effetti di quanto stabilito dalla Direttiva regionale 1058/2001 e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, oltre alle conseguenze previste dal DPR n.445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci o falsità in atti, il dichiarante decadrà dal beneficio conseguente alla approvazione del provvedimento di rimborso.

Il sottoscritto chiede che qualsiasi comunicazione afferente il procedimento in oggetto sia trasmessa al seguente indirizzo di posta elettronica certificata (PEC):

.....
(firma del Legale Rappresentante/Procuratore) (**)

PROSPETTO ONERI

RETRIBUZIONE

Stipendio lordo	Euro
Rateo 13ma mensilità	Euro
Rateo 14ma mensilità	Euro
Rateo altre mensilità aggiuntive	Euro
Rateo permessi retribuiti	Euro
Rateo ferie	Euro
Rateo ex festività	Euro

Retribuzione giornaliera comprensiva dei ratei mensilità ed eventuali indennità aggiuntive

Euro

A) Totale oneri a carico del datore di lavoro per l'assenza del dipendente per n.... giorni (*)

Euro

CONTRIBUTI

INPS (.....%)	Euro
INAIL (.....%)	Euro
Altri ENTI (.....%)	Euro
TFR	Euro

B) Totale costi contributi

Euro

TOTALE COMPLESSIVO (A+B)

Euro

Data,

Timbro della Ditta

firma del dichiarante
legale Rappresentante

(*) i giorni da considerare ai fini del calcolo sono quelli di effettiva assenza dal posto di lavoro, escludendo quindi dai conteggi i giorni festivi ed il sabato qualora la retribuzione del dipendente non sia calcolata su base mensile ovvero tali giorni non siano lavorativi per i medesimi dipendenti per effetto di turnazioni o altre disposizioni contrattuali.

Si allega:

- Attestato di partecipazione rilasciato al volontario dall'Ente impiegante
- copia di documento di identità in corso di validità:

Si allegano alla presente:

copia di documento di identità : (tipo)..... n.rilasciata da.....
il con scadenza

attestazione di presenza rilasciata al volontario dall'Ente impiegante

(**) Ai sensi e per gli effetti dell'art.38 DPR n.445 del 28.12.2000, la dichiarazione **deve essere sottoscritta** e inviata insieme alla copia non autenticata di un documento di identità del dichiarante.



RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE SEZIONE DI VOLONTARIATO

**Modello
G**

Da:.....

A: (ENTE ATTIVANTE)

OGGETTO: Evento n. del Autorizzazione del
Ente attivante:.....
richiesta di rimborso ai sensi dell'art. 10 D.P.R. 194/2001 (art.25 Regolamento DPGR n.62/2013)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il sottoscritto....., nella sua qualità di
rappresentante legale dell'Organizzazione.....
con sede legale in..... (Prov.) Via/Piazza.....
telefono....., fax..... Codice Fiscale.....
e-mail
consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro per dichiarazioni non veritiere, falsità in atti o uso di atti falsi,
così come disposto dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

C H I E D E

ai sensi dell'art. 10 del DPR n. 194/01 (art.25 Regolamento DPGR n.62/2013) che, a seguito delle attività svolte in occasione
dell' evento n... verificatosi dal.....al.....:
gli vengano reintegrate le spese sostenute, come da documentazione indicata e depositata in originale presso la nostra sede:

- spese carburante €..... **Doc.....(riportare i codici identificativi)**
 - spese pedaggio autostradale €..... **Doc.....**
 - spese danni attrezzature/mezzi €..... **Doc.....**
 - spese viaggio (biglietti treno/nave) €..... **Doc.....**
 - spese altro genere (specificare)* €..... **Doc.....**
- TOTALE €.....**

Chiede altresì che il rimborso complessivo richiesto di €..... (in lettere.....),
avvenga a mezzo di:

- 1) accredito sul c/c postale n..... Codice IBAN.....
 - 2) accredito sul c/c bancario n..... presso la Banca
- Agenzia/Filiale.....di.....(Prov.) Via/Piazza.....
ABI.....CAB.....Codice IBAN.....

Allega:

- fotocopia di: (tipo di documento).....(numero).....rilasciata
da..... il.....con scadenza.....
- N. _____ attestazioni di impiego mezzi/risorse
- N. _____ attestazioni volontari conducenti

Il sottoscritto **dichiara** di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs.n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati,
anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Dichiara altresì di essere consapevole che la presente istanza potrà essere oggetto di controllo ai sensi e per gli effetti di quanto
stabilito dalla Direttiva regionale 1058/2001 e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto della
dichiarazione, oltre alle conseguenze previste dal DPR n.445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci o falsità in atti, il
dichiarante decadrà dal beneficio conseguente alla approvazione del provvedimento di rimborso.

Il sottoscritto chiede che qualsiasi comunicazione afferente il procedimento in oggetto sia trasmessa al seguente indirizzo di
posta elettronica certificata (PEC):

.....li.....

.....
(firma del legale rappresentante)



ATTESTAZIONE DANNI SEZIONE OPERATIVA

**Modello
 G1**

Da:.....

A: (ENTE ATTIVANTE)

OGGETTO: Evento n. del Autorizzazionedel
 Ente attivante:.....
 richiesta di rimborso ai sensi dell'art. 10 D.P.R. 194/2001 (art.25 regolamento DPGR n.62/2013)

DICHIARAZIONE DANNI A MEZZI E/O ATTREZZATURE

Il sottoscritto....., nella sua qualità di
 Responsabile della Sezione Operativa
 dell'Organizzazione.....
 con sede legale in....., (Prov.)
 Via/Piazza.....
 telefono..... fax..... Codice
 Fiscale.....
 iscritta all'elenco regionale di protezione civile al n°.....

DICHIARA

ai fini dell'art. 10 del DPR n. 194/01, a seguito delle attività svolte in occasione dell'evento
 del.....
 che in località.....ed in data..... alle ore.....i mezzi
 e/o attrezzature impiegati nel corso delle attività connesse all'evento hanno riportato i danni di seguito descritti:

Tipologia mezzo/attrezzatura	Marca	Modello	Targa/ Matricola/Telaio	Descrizione del danno

.....li.....

.....
 (firma del Responsabile della Sezione Operativa)

PARTE SECONDA

(a cura dell'ENTE impiegante)

Il sottoscritto..... in qualità di..... dell'Ente:

DICHIARA

di aver verificato i danni sopra descritti, ed attesta che questi si sono verificati nel corso delle attività per le quali la
 sezione _____ è stata attivata.

.....li.....

.....
 (firma del referente istituzionale)



RIEPILOGO DEI RIMBORSI SPESE SOSTENUTI DALLE OO.VV.

Modello
H

DA:.....

Regione Toscana
Settore Sistema Regionale di Protezione Civile

regionetoscana@postacert.toscana.it

OGGETTO: EVENTO : n... .. del

Riepilogo dei rimborsi delle spese sostenute dalle Organizzazioni di Volontariato

Il Sottoscritto in qualità di del Comune / Centro Intercomunale di / Provincia di , ai sensi della Lr n.67/2003 e dell'art.25 del regolamento DPGRn. 62R/2013 trasmette il riepilogo delle richieste di rimborso delle spese sostenute dalle organizzazioni di volontariato impiegate nell'evento in oggetto e che ne hanno fatto richiesta, ai fini della conseguente liquidazione.

Le richieste di seguito riportate sono state istruite e se ne attesta la completezza e la congruità rispetto alle disposizioni regionali vigenti.

N.	ORGANIZZAZIONE	CODICE FISCALE	SEDE LEGALE	SPESE CARBURANTE	SPESE PEDAGGI AUT.	DANNI MEZZI/ATTREZZ.	TOTALE

Il sottoscritto chiede che qualsiasi comunicazione afferente il procedimento in oggetto sia trasmessa al seguente indirizzo di posta elettronica certificata (PEC):

.....

Data,

Firma

.....

Carta intestata dell'Autorità richiedente

Ovvero Spett.le Comune di.....
Spett.le Provincia di.....

Il sottoscritto Ente in qualità di responsabile del coordinamento dell'attività di ricerca disperso nel territorio del/dei Comune/i di..... in Provincia di..... il giorno..... fa richiesta a codesta Amministrazione, ai sensi di quanto previsto dal Regolamento Regionale n.62/R del 30 ottobre 2013 ed in conformità alle disposizioni attuative approvate con Decreto dirigenziale n. del..... di attivare:

- n.unità cinofile con cani addestrati per ricerca persone in superficie;
- n.volontari idoneamente equipaggiati per ricerca persone in superficie.

per lo svolgimento delle seguenti attività:

- Supporto tecnico Operativo
- Assistenza alla Popolazione

Le unità cinofile/volontari da voi attivate a supporto dell'Autorità competente, dovranno recarsi presso l'unità di coordinamento..... in località.....e rapportarsi col referente di seguito indicato:

- Sig.....
- Tel.

dal quale riceveranno tutte le informazioni sullo scenario operativo nell'ambito del quale sono chiamati a svolgere la propria attività e le necessarie disposizioni in merito al loro impiego.

Si prega di comunicare appena possibile a questo Ufficio le unità attivate ed il numero di volontari per ogni squadra al fine di un loro accreditamento presso l'unità di coordinamento sopra indicata.

Il sottoscritto Ente si impegna a comunicare il termine impiego di ciascuna unità operativa o volontario a seguito di sospensione o chiusura delle ricerche.

Si prende atto che, ai sensi di quanto indicato nelle disposizioni regionali approvate con decreto dirigenziale n.... del....., trattandosi di attività non connessa ad alcun evento calamitoso di cui alla L.225/1992, non vengono applicati i benefici di cui all'art.25 del regolamento regionale DPGR n.62R/2013.

Carta intestata Ente attivante

Alle Organizzazioni di Volontariato di seguito elencate:

-

Il sottoscritto in qualità di responsabile/referente per la protezione civile della Provincia o del Comune /Unione dei Comuni di, a seguito della richiesta pervenuta da..... in data.....per concorrere all'attività di ricerca disperso nel Comune diin località....., a supporto dell'Autorità competente richiede l'intervento delle sezioni di volontariato di seguito indicate :

N.Identificativo Sezione	Denominazione della Sezione	Stima n. Volontari

TOTALE VOLONTARI _____

Si comunica che le suddette sezioni sono impegnate dal giorno:.....fino a cessata esigenza, o comunque fino a comunicazione, da parte di questa Amministrazione, di rientro per prevista o sopravvenuta emergenza di protezione civile.

Le unità attivate a supporto dell'Autorità competente, per lo svolgimento delle seguenti attività:

- SUPPORTO TECNICO OPERATIVO**
- ASSISTENZA ALLA POPOLAZIONE**

dovranno recarsi presso l'unità di coordinamento..... in località.....e rapportarsi col referente di seguito indicato:

- Sig.....
- Tel.

dal quale riceveranno tutte le informazioni sullo scenario operativo nell'ambito del quale sono chiamate a svolgere la propria attività e le necessarie disposizioni in merito al loro impiego.

Si fa presente che, ai sensi di quanto indicato nelle disposizioni regionali approvate con decreto dirigenziale n.... del....., trattandosi di attività non connessa ad alcun evento calamitoso di cui alla L.225/1992, non vengono applicati i benefici di cui all'art.25 del regolamento regionale DPGR n.62R/2013.

Per qualsiasi ulteriore informazione in merito, contattare il seguente numero telefonico:.....

Data della richiesta:..... Firma.....



ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE

Modello
AP 1

Evento.....del.....

Autorizzazionedel

Ente attivante: _____

Segreteria: _____

SI ATTESTA CHE

Il Sig.....Codice Fiscale.....

Volontario dell' Associazione.....n.Id.....

Ha partecipato alle attività connesse al seguente:

- Emergenza
- Esercitazione
- Attività formativa/addestrativa

.....
Presso il Coordinamento Operativo di.....

Luogo dell'intervento:

Dal giorno..... Al giorno.....

Data

IL REFERENTE DELLA SEGRETERIA
(NOME E COGNOME)

Firma

Il presente attestato è rilasciato ai fini dell'applicazione dell'art. 9 del DPR 194/01 e dell'art.25 del D.P.G.R. 62R/2013 e per gli ulteriori usi consentiti dalla Legge.

Il suddetto volontario provvederà ad informare il proprio datore di lavoro che la richiesta di rimborso dovrà essere inoltrata alla Regione Toscana, Settore "Sistema Regionale di Protezione Civile" ENTRO 120 GIORNI DALLA CONCLUSIONE DELL'INTERVENTO.



ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE

Modello
AP 2

Evento.....del.....
Autorizzazionedel
Ente attivante: _____

Segreteria: _____

SI ATTESTA CHE

Il Sig.....Codice Fiscale.....

Volontario dell' Associazione.....n.Id.....

Ha partecipato alle attività connesse al seguente:

- Evento
- Esercitazione
- Attività formativa/addestrativa

.....

Presso il Coordinamento Operativo di.....

Luogo dell'intervento.....

Dal giorno..... Al giorno.....

Data

IL REFERENTE DELLA SEGRETERIA
(NOME E COGNOME)

Firma

Il presente attestato NON E' VALIDO fini dell'applicazione dell'art.9 del D.P.R. 194/01 e dell'art.25 del D.P.G.R. 62R/2013

Si rilascia per gli ulteriori usi consentiti dalla Legge.



<h1>ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE</h1>	Modello AP 3
--------------------------------------	-------------------------

Evento.....del

Autorizzazionedel

Ente attivante: _____ Segreteria: _____

SI ATTESTA CHE

L' Associazione.....n.Id.....

E' intervenuta per le attività connesse al seguente:

- Evento
- Esercitazione
- Attività formativa/addestrativa

Presso il Coordinamento Operativo di.....

Luogo dell'intervento:.....

Con l'impegno dei seguenti mezzi/ attrezzature :

Denominazione/Tipo mezzo	MATRICOLA/TARGA

Dal giorno..... Al giorno.....

Data

IL REFERENTE DELLA SEGRETERIA
(NOME E COGNOME)

Firma

Il presente attestato è rilasciato ai fini dell'applicazione dell'art.10 DPR 194/01 e dell'art.25 del D.P.G.R. 62R/2013 e per gli ulteriori usi consentiti dalla Legge.

La richiesta di rimborso dovrà essere inoltrata a: (ENTE ATTIVANTE) ENTRO 120 GIORNI DALLA CONCLUSIONE DELL'INTERVENTO.