Comune di Rio

Comune di
Porto Azzurro

CENTRO INTERCOMUNALE DEI COMUNI DI PORTO AZZURRO e RIO

PROTEZIONE CIVILE TOSCANA

Porto Azzurro - Rio

PIANO INTERCOMUNALE DI PROTEZIONE CIVILE

Luglio 2019

ALL
A4

MODULISTICA:

- Flusso informativo con la Provincia
- Volontariato

MODULISTICA
RELATIVA ALLE CRITICITA'

Modello di segnalazione criticità
Modello per relazione finale

Al CeSi della Provincia di: _____

COMUNE/CENTRO INTERCOMUNALE – SEGNALAZIONE CRITICITA'

Comune/C.I.: _____ Data: _____ Ora: _____ Segnalazione N. _____

EVENTO

☐ **Condizioni meteo avverse** ☐ Allerta in corso

☐ Pioggia/Temporale con: ☐ Frane ☐ Esondazione corsi d'acqua principali ☐ Esondazione reticolo minore
☐ Esondazione reticolo di bonifica ☐ Allagamento per mancata ricezione sistema fognario

☐ Vento forte/Tromba d'aria ☐ Mareggiata ☐ Neve ☐ Altro . . . . . .

☐ **Sisma - Pervenute segnalazioni di:**
☐ Crolli edifici/infrastrutture nei Comuni di . . . . . .
☐ Danni edifici/infrastrutture nei Comuni di . . . . . .
☐ Altre situazioni di rilievo nei Comuni di . . . . . .

☐ **Incendio interfaccia**

☐ Ricerca dispersi ☐ Incidente sulla grande viabilità ☐ Esodi sulla grande viabilità ☐ Incidenti industriali/ambientali
☐ Ritrovamento ordigni bellici ☐ Altro. . . . . .

Descrizione testuale evento e sintesi attività di contrasto in corso (con indicazione delle località interessate):

❍ La presente descrizione è completa, non viene trasmesso dettaglio "Criticità significative"
❍ Vedi dettaglio "Criticità significative"

STATO DI OPERATIVITA'

☐ Sedi operative presidiate: Comune . . . . . .
C.I. . . . . .
☐ Istituito COC /CO Intercomunale presso: . . . . . .
☐ Volontariato attivato dal Comune - Stima N.Volontari . . . . . Attività . . . . . .
☐ Volontariato attivato dal C.I. - Stima N.Volontari . . . . . Attività . . . . . .
☐ Operai forestali attivati dal C.I. - Stima N.Operai . . . . . Attività . . . . . .
Altri soggetti attivati: ☐ Provincia ☐ VVF ☐ 118 ☐ CFS ☐ Forze dell'ordine ☐ Prefettura

VALUTAZIONI DI SINTESI

Stato complessivo dell'attività emergenziale:

❍ IN CORSO - prossimo aggiornamento previsto per le ore: _____ del: _____
❍ TERMINATA - il presente report è da considerarsi conclusivo:
❍ SEGUIRÀ Relazione Finale entro le prossime 48 ore per la verifica delle criticità residue
❍ NON SEGUIRÀ Relazione Finale poiché tutte le criticità risultano superate

REFERENTE COMUNALE/INTERC.: Nome Cognome _____ Tel. _____

Fax _____ Firma _____

Spazio riservato alla Provincia/SOUP Regionale (in caso di acquisizione telefonica dell'informativa):
Parlato con _____ *Tel.* _____ *Fax* _____

Firma Addetto Provincia/SOUP _____

[redacted] **CRITICITA' SIGNIFICATIVE** [redacted]

CRITICITA' SIGNIFICATIVE IN ATTO *Riportare le criticità significative di protezione civile riscontrate, indicando località e cause relative (descritte nella sezione 'Evento')*	**ATTIVITA' DI CONTRASTO** *Descrivere l'attività, il soggetto attuatore e lo stato: in corso, da iniziare, terminata, stimare tempi di conclusione*
☐ **Viabilità interrotta** *(indicare la viabilità stradale o ferroviaria totalmente o parzialmente interrotta)*: Centri abitati/frazioni isolate *(indicare località e numero residenti)*:	
☐ **Edifici pubblici/opere pubbliche/di interesse pubblico danneggiati** *(indicare tipologia, gravità del danno, situazioni di evacuazione/inagibilità)*:	
☐ **Edifici privati: evacuazione/inagibilità** *(indicare strutture evacuate/inagibili: abitazioni, campeggi, ecc., numero e attuale sistemazione alternativa)*: ☐ **Edifici privati: altri gravi danneggiamenti**	
☐ **Servizi essenziali interrotti** *(acqua, energia elettrica, gas, telefonia fissa)*:	
☐ **Opere idrauliche/officiosità idraulica compromesse**	

POSSIBILI CRITICITA' SIGNIFICATIVE ATTESE *Descrivere le criticità attese, indicando località, tempistica e cause relative (descritte nella sezione 'Evento')*	**ATTIVITA' DI CONTRASTO** *Descrivere l'attività, il soggetto attuatore e lo stato: in corso, da iniziare, terminata*

Alla Provincia di: _____

COMUNE – RELAZIONE FINALE

Comune di: _____ Data: _____ Ora: _____

Stato criticità residue:

❍ Tutte le criticità sono superate e non ci sono esigenze finanziarie riconducibili al regolamento n. 24/R/2008
❍ Tutte le criticità sono superate; le esigenze finanziarie sono riconducibili al regolamento n. 24/R/2008
❍ Permangono criticità residue di seguito indicate:

CRITICITA' RESIDUE

PERMANGONO LE SEGUENTI CRITICITA'	**ATTIVITA' DI SUPERAMENTO IN ESSERE** *Descrivere intervento in corso e tempi di conclusione*	**ATTIVITA' DI SUPERAMENTO DA AVVIARE** *Descrivere intervento da effettuare e motivazione mancato avvio*
☐ **Viabilità interrotta** *(indicare la viabilità stradale o ferroviaria totalmente o parzialmente interrotta)*: Centri abitati/frazioni isolate *(indicare località e numero residenti)*:		
☐ **Edifici pubblici/opere pubbliche/di interesse pubblico** *(indicare tipologia, gravità del danno, situazioni di evacuazione/inagibilità)*:		
☐ **Edifici privati: evacuazione/inagibilità** *(indicare strutture evacuate/inagibili: abitazioni, campeggi, ecc., numero e attuale sistemazione alternativa)*:		

☐ **Edifici privati: altri gravi danneggiamenti -** Effettuata prima verifica con i seguenti esiti:

❍ sistema abitativo coinvolto in parte minimale e comunque con danni limitati a cantine garage e pertinenze
❍ sistema abitativo coinvolto totalmente o in parte rilevante con danni all'interno dei vani abitativi

PERMANGONO LE SEGUENTI CRITICITA'	**ATTIVITA' DI SUPERAMENTO IN ESSERE** *Descrivere intervento in corso e tempi di conclusione*	**ATTIVITA' DI SUPERAMENTO DA AVVIARE** *Descrivere intervento da effettuare e motivazione mancato avvio*
☐ **Servizi essenziali interrotti** *(acqua, energia elettrica, gas, telefonia fissa)*:		
☐ **Opere idrauliche/officiosità idraulica compromesse**		
☐ **Altre criticità di rilievo da segnalare**		

REFERENTE COMUNALE: Nome e Cognome _____

Telefono _____ Fax _____

Firma _____

MODULISTICA
RELATIVA ALLE RISORSE
DI VOLONTARIATO

Modello A – Attivazione in emergenza
Modello B – Attivazione per eventi programmati
Modello C – Attivazione regionale
Modello D – Scheda di registrazione segreteria
Modello E – Richiesta rimborso al datore di lavoro
Modello F – Richiesta rimborso per lavoratore autonomo
Modello G – Richiesta di rimborso spese sezione di volontariato
Modello G1 – Attestazione danni sezione operativa
Modello H – Riepilogo dei rimborsi delle spese sostenute dalle OO.VV.
Modello I – Ricerca disperso
Modello AP2 – Attestato di partecipazione

Regione Toscana
Direzione Generale della Presidenza
Settore Sistema Regionale di Protezione Civile

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

R I C H I E D E

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:……

ATTIVAZIONE VOLONTARIATO E RICHIESTA DI UTORIZZAZIONE 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: €. ……

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 CMRT.recamp.V5.0	COLONNA MOBILE Regione Toscana	Numero di iscrizione Albo Reg. Volontariato PC	Arrivata il
		...../.....	Alle ore
EVENTO:	SEGRETERIA DI CAMPO:	***PERMANENZA FINO AL***	/ /

□ ANPAS	□ C.R.I.	□ MISE	□ VAB	□ 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					□	
	Nato a	il	C F			
2					□	
	Nato a	il	C F			
3					□	
	Nato a	il	C F			
4					□	
	Nato a	il	C F			
5					□	
	Nato a	il	C F			
6					□	
	Nato a	il	C F			
7					□	
	Nato a	il	C F			
8					□	
	Nato a	il	C F			

(1) PROFESS:					
AUT	Autista (pat C, D, E)	**MUR**	Muratore		
GRU	Gruista	**MEC**	Meccanico		
MUL	Mulettista	**ANI**	Animatore		
MMT	Operatore Skid	**LIN**	Lingue straniere		
ELE	Elettricista	**INF**	Infermiere		
IDR	Idraulico	**MED**	Medico		
		PSI	Psicologo		

(2) ATTIVITÀ AL CAMPO:			
C.CAMPO	Capo campo	**MAG**	Magazziniere
SEG	Segreteria	**CUC**	Cucina
SCO	Supporto Centri Operat	**TLC**	Operatore TLC
REFIST	Referente istituzionale	**SOC**	Soccorritore sanitario
IMP	Impiantisti	**PSI**	Supporto SocioPsicol
GEN	Generico		

SPAZIO NOTE DELLA SEGRETERIA	*OPERAZIONI*		*OPERAT*
	REGISTRATA SU SART	□	
	SOSPESA PER PROBLEMI	□	
	BENEFICI STAMPATI	□	
	BENEFICI CONSEGNATI	□	

Regione Toscana
Direzione Generale della Presidenza
Settore Sistema Regionale di Protezione Civile

RICHIESTA DI RIMBORSO DATORE DI LAVORO

Modello **E**

DA :.....

Regione Toscana
Settore Sistema Regionale di Protezione Civile

regionetoscana@postacert.toscana.it

Oggetto: Evento: ……..... Autorizzazione ……..del ……
Ente attivante:_____
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)

C H I E D E

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.
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

D I C H I A R A

□ di essere nato a ……..…… il ……. residente a ……..…….
Via/Piazza ……n°…….. tel. …… 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. ……. , è stata/o assente nei giorni ……. per partecipare alle attività di soccorso svolte in occasione dell'evento di cui all'oggetto presso il Comune/Provincia di …… come volontario della organizzazione denominata ……;
□ 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) (**)

Regione Toscana
Direzione Generale della Presidenza
Settore Sistema Regionale di Protezione Civile

RICHIESTA DI RIMBORSO LAVORATORE AUTONOMO

Modello F

DA :……

Regione Toscana
Settore Sistema Regionale di Protezione Civile

regionetoscana@postacert.toscana.it

Oggetto: Evento: n. …….del …….. Autorizzazione ……..del ……
Ente attivante ……..

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)

C H I E D E

il rimborso di Euro ……. per (indicare numero) n°…….giorni di mancato guadagno giornaliero a seguito delle attività svolte nei giorni …… in occasione dell'evento di cui all'oggetto.

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

D I C H I A R A

- ☐ Di essere nato a …… il…… ……e residente a ……
  Via/Piazza……..…..n.…,Tel.……CF……
  email…….
- ☐ Di appartenere alla organizzazione denominata ……
  avente sede nel Comune di ……
- ☐ di essere un lavoratore autonomo esercitante l'attività di …….., categoria ……;
- ☐ che il proprio reddito imponibile derivante dalla attività professionale o di impresa svolta e scaturente dalla dichiarazione del reddito presentata l'anno precedente a quello in cui è stata prestata l'opera di volontariato è pari ad Euro …… e che su tale importo è stato calcolato il rimborso sopra quantificato e richiesto (reddito da attività professionale/365 x n. giorni di attività autorizzati).

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

Estremi per l'accredito del rimborso IBAN :

Luogo e data

Firma

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.

Firma

Regione Toscana
Direzione Generale della Presidenza
Settore Sistema Regionale di Protezione Civile

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): …….

…….lì……

……
(firma del legale rappresentante)

ATTESTAZIONE DANNI SEZIONE OPERATIVA

Modello **G1**

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 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

…….lì…….

……
(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.

…….lì…….

……
(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

Spett.le Comune di……
Ovvero 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.

ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE

Modello
AP 2

Evento…….del……..
Autorizzazione ……del ……
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 <u>NON E' VALIDO</u> 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.