………………………………………………, president/a de l'ADF …………………………………

**C E R T I F I C O :**

Que les persones que es relacionen a **l'imprès B**, habitualment realitzen tasques de prevenció i extinció d'incendis forestals, donada l'experiència adquirida en els feines descrites, considero que estan prou capacitats per a les possibles intervencions que es puguin esdevenir.

I perquè així consti, signo el present certificat

(signatura electrònica)

|  |
| --- |
| Generalitat de Catalunya |
| Departament d’Acció Climàtica, |
| Alimentació i Agenda Rural |
| **Direcció General d’Ecosistemes** |
| **Forestals i Gestió del Medi** |
| Subdirecció General de Boscos |
| Servei de Prevenció d’Incendis Forestals |

**SOL·LICITUD IMPRÈS MODEL**

|  |  |
| --- | --- |
| **B** | **IDENTIFICADOR - CARNET GROC** |

NÚMERO DE REGISTRE ADF ........................................................

|  |  |
| --- | --- |
| NOM ADF | ..................................................................................................... |

Nom i adreça electrònica del president/a per la tramesa de la resolució de la DGEFMN

|  |
| --- |
| ....................................................................................................... |
| ....................................................................................................... |
| ...................................................................................................... |

|  |  |
| --- | --- |
| Telèfon | ..................... |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Núm Carnet | DNI | Data naixament | 1r cognom | 2n cognom | Nom | Telèfon | Adreça electrònica | Signatura voluntari |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Signatura electrònica president/a

|  |
| --- |
| Finca Torreferrussa |
| Ctra de Sabadell a Santa Perpètua de Mogoda, km 4,5 |
| Apartat de Correus, 119 |
| 08130 Santa Perpètua de Mogoda |
| Tel. 93 574 00 36 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| En /la |  | Amb DNI nº |  |
| Domicili |  | C.P. |  |
| Població |  | Data naixement |  |

**Manifesta:** Que es presenta voluntari/a per les tasques de prevenció i suport en l’extinció d’incendis forestals de l’Agrupació de Defensa Forestal de

**DECLARACIÓ DE SALUT DEL VOLUNTARI/A PER LES TASQUES DE PREVENCIÓ I SUPORT EN L’EXTINCIÓ D’INCENDIS FORESTALS DE L’AGRUPACIÓ DE DEFENSA FORESTAL**

**I declara sota la seva responsabilitat** que les dades facilitades en relació al seu estat de salut són certes, no existint ocultació de circumstàncies o fets que poguessin influir en la seva valoració com a voluntari en la participació de les tasques pròpies de l’activitat esmentada.

Senyalar amb una “X” la casella que correspongui en cadascuna de les preguntes formulades a continuació. **En el supòsit de que es produeixi una resposta en sentit afirmatiu, no es podrà acceptar la seva petició de formar part del grup de voluntaris de l’esmentada ADF, a no ser que aporti un certificat mèdic on es faci constar que gaudeix d’un estat de salut apte per realitzar les tasques derivades de la prevenció i suport en l’extinció d’incendis forestals realitzades per l’Agrupació de Defensa Forestal.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **1.1** | Ha patit o pateix malaltia neurològica tipus epilèpsia o una altra amb alteracions d'origen central | **SI** | **NO** |
| **1.2** | En cas afirmatiu, realitza actualment el tractament controlat per un especialista en neurologia | **SI** | **NO** |
| **2** | **2.1** | Ha patit o pateix malaltia psiquiàtrica del tipus psicosi, depressió major o similars | **SI** | **NO** |
| **2.2** | En cas afirmatiu, realitza actualment tractament controlat per un especialista en psiquiatria | **SI** | **NO** |
| **3** | **3.1** | Consumeix o ha consumit de forma habitual o esporàdica drogues d'origen sintètic tipus heroïna,cocaïna o altres | **SI** | **NO** |
| **4** | **4.1** | Pateix o ha patit problemes derivats del consum habitual de begudes alcohòliques | **SI** | **NO** |
| **5** | **5.1** | Pateix o ha patit malaltia o alteració del seu camp visual que superi el 50% de pèrdua de visió | **SI** | **NO** |
| **6** | **6.1** | Pateix o ha patit malaltia de l'oïda que comporti una pèrdua auditiva al superior de 50% | **SI** | **NO** |
| **7** | **7.1** | Ha patit algun accident de qualsevol tipus que afecti ja sigui la extremitat superior o la inferior i que hagicomportat una pèrdua funcional d’alguna de les seves parts en més del 50% | **SI** | **NO** |
| **8** | **8.1** | Ha precisat d’alguna intervenció quirúrgica que hagi afectat a la seva columna cervical, dorsal o lumbar | **SI** | **NO** |
| **9** | **9.1** | Pateix de diabetis en tractament amb insulina | **SI** | **NO** |
| **10** | **10.1** | És hipertens que comporti tractament habitual | **SI** | **NO** |
| **11** | **11.1** | Pateix o ha patit dolors a la zona pectoral, com por ser una angina, que hagi precisat d’ingrés hospitalari | **SI** | **NO** |
| **12** | **12.2** | Ha patit un infart de miocardi recent (en els darrers 4 anys) o una malaltia coronària que hagi comportatun ingrés hospitalari | **SI** | **NO** |
| **13** | **13.1** | Ha patit o pateix actualment episodis de disnea més o menys freqüents o d’altres malalties respiratòries que precisin de tractament amb inhaladors o fins i tot d’ingrés hospitalari | **SI** | **NO** |
| **14** | **14.1** | Pateix actualment alguna malaltia, a banda de les exposades anteriorment, que pugui causar-li problemes de salut arrel de desenvolupar les activitats físiques derivades de la prevenció i / o extinciód’incendis | **SI** | **NO** |
| **15** | **15.1** | **Sol·licitants femenines**. Està o creu estar en data d’avui embarassada | **SI** | **NO** |

Signatura del voluntari i data

**Amb la signatura d’aquest document el voluntari autoritza a que les dades personals siguin incloses en fitxers de l’Agrupació de Defensa Forestal, així com a que siguin cedides a serveis mèdics, jurídics, a l’administració pública i a organismes judicials, sempre que la seva cessió estigui relacionada dins l’àmbit de les activitats desenvolupades per les Agrupacions de Defensa Forestal.**