Protección Civil Librilla

SOLICITUD DE SERVICIO
PROTECCIÓN CIVIL LIBRILLA

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: _____

Teléfono: _____ Móvil: _____ FAX: _____

Correo electrónico: _____

En calidad de (interesado/a, representante, propietario, etc.): _____

Domicilio: _____

Código postal: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

SOLICITA,

Que pretendo realizar un evento, con las características que indico a continuación y sería de mi interés, poder contar con el servicio del personal voluntario de Protección Civil de Librilla.

DATOS DEL EVENTO:

Denominación: _____

Fecha: _____de _____ de 2.01___ Hora de inicio: _____ Hora de finalización:_____

Organizador: _____

Tipo de acceso: ☐ Gratuito ☐ Pago ☐ Privado

Autorización correspondiente: ☐ Ayuntamiento ☐ Región de Murcia ☐ Otros organismos: _____

Breve explicación del evento:

_____

_____

_____

_____

_____

Librilla, ____ de _____ de 2.01__

Firma del Solicitante:

Nombre de la persona responsable del Dispositivo: _____

Teléfono: _____ Móvil: _____ Fax: _____ Email: _____

Se aporta dieta? ☐ SÍ ☐ NO Especificar: ☐ Alojamiento ☐ Desayuno ☐ Almuerzo ☐ Comida ☐ Cena

Se aporta combustible? ☐ SÍ ☐ NO

Se abonan dietas o donativo? ☐ SÍ ☐ NO

Nuestros servicios son altruistas y sin coste alguno, siendo responsabilidad exclusiva del solicitante la aportación de la manutención del personal, dietas o combustible de los vehículos desplazados, realizando su abono en especie o mediante la aportación de donativo legalmente registrado. En caso de que quien solicita el servicio no pueda aportar los gastos de personal, estudiaríamos acorde a los recursos económicos de que dispongamos en ese momento o mediante la colaboración de un patrocinador, el hacernos cargo de los mismos.

FUNCIONES DE PROTECCIÓN CIVIL EN EL EVENTO:

☐ Primeros auxilios. ☐ Control de accesos al público. ☐ Colaboración con Policía o Guardia Civil.

☐ Asistencia o control de colectivos de mayor riesgo como niños, ancianos o discapacitados.

☐ Otros, detallar: _____

OTROS CUERPOS INTERVINIENTES EN EL EVENTO: ☐ SÍ ☐ NO

Si intervienen otros cuerpos de seguridad o emergencias, indicar a ser posible algún teléfono de contacto del personal que estará presente en el evento.

Policia Local _____ Cruz Roja _____ Personal Organización _____

Seguridad Privada _____ Otros Cuerpos _____

RECURSOS SANITARIOS EN EL EVENTO:

☐ Puesto Sanitario ☐ Ambulancia/TNA ☐ Soporte vital básico (SVB) ☐ Soporte Vital Avanzado (SVA)

☐ Médico/a ☐ Enfermero/a ATS Otros recursos sanitarios: _____

☐ Centro de Salud ☐ Hospital mas cercano _____

PLANO DEL EVENTO: ☐ SÍ ☐ NO

Adjuntar a ser posible o en su defecto describir el lugar o trayecto donde discurrirá el evento.

REUNIÓN PREVIA DE MANDOS: ☐ SÍ ☐ NO

Fecha _____ Sede _____

Esta solicitud deberá enviarse con la mayor antelación posible por fax al número 968659141 o mediante correo electrónico a la dirección de correo e-mail: josepcivil@librilla.es
Si tiene alguna duda en la cumplimentación de esta solicitud de servicio, puede contactar con nosotros en el número de teléfono 616476466 o por correo electrónico.
La cumplimentación y envío de esta solicitud no supone en ningún caso la aceptación del servicio solicitado, que le será confirmada mediante carta, fax o correo electrónico debidamente formateados.

Los datos facilitados en esta solicitud, pasarán a formar parte de los ficheros informáticos propiedad de la Asociación de Voluntarios de Protección Civil de Librilla y serán utilizados exclusivamente en las relaciones sociales entre ambas partes y en ningún caso serán cedidos a terceros.
Según lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, usted tiene derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición al archivo de sus datos, enviando comunicación fehaciente por escrito a nuestra Asociación, ya sea por carta, correo electrónico o mediante fax.