



## Questionario d'entrata in servizio

### Indirizzo di domicilio

Cognome:		Nome:	
Data di nascita:			
Via:	Nr.:	NAP/Località:	
Tel. domicilio:		Tel. lavoro:	
Cellulare:		E-mail:	

### Licenza di condurre

In possesso durante il servizio	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
---------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

### Telefono persona di contatto in caso di necessità

Nome:		Nr.:	
-------	--	------	--

### Interrogazione sanitaria d'entrata

Mi annuncio per una visita medica	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
-----------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

### Alimentazione

Regime particolare	<input type="checkbox"/> Sì, Quale?	<input type="checkbox"/> No
Allergie	<input type="checkbox"/> Sì, A cosa?	<input type="checkbox"/> No

### Direttive generali di servizio

Prendo atto delle norme che vietano: <ul style="list-style-type: none"><li>• bevande alcoliche</li><li>• sostanze stupefacenti</li></ul> Questi parametri devono essere garantiti già a partire dall' entrata in servizio. È proibito l'utilizzo del veicolo privato durante il servizio.
--

Data:		Firma:	
-------	--	--------	--