

....., president de l'ADF .....

**CERTIFICO:**

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 a .....

el ..... de ..... de 201 ...



## 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

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

**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	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	1.2	En cas afirmatiu, realitza actualment el tractament controlat per un especialista en neurologia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2	2.1	Ha patit o pateix malaltia psiquiàtrica del tipus psicosi, depressió major o similars	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	2.2	En cas afirmatiu, realitza actualment tractament controlat per un especialista en psiquiatria	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3	3.1	Consumeix o ha consumit de forma habitual o esporàdica drogues d'origen sintètic tipus heroïna, cocaïna o altres	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4	4.1	Pateix o ha patit problemes derivats del consum habitual de begudes alcohòliques	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5	5.1	Pateix o ha patit malaltia o alteració del seu camp visual que superi el 50% de pèrdua de visió	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
6	6.1	Pateix o ha patit malaltia de l'oïda que comporti una pèrdua auditiva al superior de 50%	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
7	7.1	Ha patit algun accident de qualsevol tipus que afecti ja sigui la extremitat superior o la inferior i que hagi comportat una pèrdua funcional d'alguna de les seves parts en més del 50%	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
8	8.1	Ha precisat d'alguna intervenció quirúrgica que hagi afectat a la seva columna cervical, dorsal o lumbar	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
9	9.1	Pateix de diabetis en tractament amb insulina	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
10	10.1	És hipertens que comporti tractament habitual	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
11	11.1	Pateix o ha patit dolors a la zona pectoral, com pot ser una angina, que hagi precisat d'ingrés hospitalari	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
12	12.2	Ha patit un infart de miocardi recent (en els darrers 4 anys) o una malaltia coronària que hagi comportat un ingrés hospitalari	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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 extinció d'incendis	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
15	15.1	<b>Sol·licitants femenines.</b> Està o creu estar en data d'avui embarassada	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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.



Generalitat de Catalunya  
 Departament d'Agricultura, Ramaderia,  
 Pesca, Alimentació i Medi Natural  
**Direcció General del Medi Natural i Biodiversitat**

**IMPRÈS MODEL B**

**Sol·licitud de carnet groc per als socis i membres de l'ADF**

Nom de l'ADF ..... Número de registre de l'ADF.....

Adreça per la tramesa de/l's carnet/s .....

Codi Postal ..... Població.....Persona de contacte .....Telèfon.....

DNI	1r Cognom	2n Cognom	Nom	Carrer	Codi Posta 	Població	Signatura

Finca Torreferrussa  
 Ctra de Sabadell a Santa Perpètua de Moogoda, km 4,5  
 Apartat de Correus, 119  
 08130 Santa Perpètua de Mogoda  
 Tel. 93 574 00 32  
 Fax 93 574 19 82





Generalitat de Catalunya  
Departament d'Agricultura, Ramaderia,  
Pesca, Alimentació i Medi Natural  
**Direcció General del Medi Natural i Biodiversitat**

Finca Torreferrussa  
Ctra de Sabadell a Santa Perpètua de Moogoda, km 4,5  
Apartat de Correus, 119  
08130 Santa Perpètua de Mogoda  
Tel. 93 574 00 32  
Fax 93 574 19 82

