

....., president/a 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

(signatura electrònica)





## 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 n°	
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 por 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.**