

**RICHIESTA
ATTIVAZIONE COLLABORAZIONE CON L'ASST RHODENSE
E ISCRIZIONE AL REGISTRO AZIENDALE**

Ufficio Rapporti con Enti e Istituzioni
volontari@asst-rhodense.it
ASST Rhodense
C.so Europa,250 Rho (MI)

Io sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____

Stato di nascita _____ codice fiscale _____

Residente a _____ Prov. _____ CAP _____

Via _____ n. _____

Telefono _____ mail _____

DICHIARO DI ESSERE

Il Legale Rappresentante dell'Organizzazione di Volontariato

denominata _____

con forma giuridica _____

codice fiscale _____ Partita IVA _____

con sede legale del Comune di _____

Via _____ n. _____ Prov. _____

Telefono _____ fax _____ e-mail _____

Iscritta del Registro Unico Nazionale del Terzo Settore al nr. _____

Assicurata con la Compagnia _____ nr.Polizza _____



DICHIARO

- che non sussistono situazioni di incompatibilità e/o di potenziale conflitto di interesse; di essere a conoscenza che:
 - a) per attività di volontariato deve intendersi quella "prestata in modo personale, spontaneo e gratuito" senza fini di lucro anche indiretto ed esclusivamente per fini di solidarietà;
 - b) l'attività del volontario non può essere retribuita in alcun modo nemmeno dal beneficiario.
- di essere consapevole che le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (DPR 445/2000)
- di avere preso visione del Regolamento per la disciplina dell'attività di volontariato dell'ASST Rhodense, di rispettare quanto da esso indicato e di portarne a conoscenza ogni volontario che svolge la propria attività all'interno delle strutture dell'ASST.

CHIEDO

- la stipula di convenzione per lo svolgimento di attività di volontariato in ASST Rhodense
- il rinnovo della convenzione sottoscritta con l'ASST Rhodense in data _____ e in scadenza il _____

ALLEGRO

- a) copia dello Statuto/Atto costitutivo dell'Organizzazione;
- b) documento attestante l'iscrizione al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore
- c) elenco nominativo dei volontari che presteranno servizio presso l'ASST Rhodense
- d) scheda di descrizione dell'attività che l'Organizzazione andrà a svolgere
- e) scheda di descrizione delle strutture, attrezzature e mezzi impiegati per lo svolgimento dell'attività, nonché degli orari e dei giorni di apertura della segreteria ed elenco delle attività di terzi
- f) dichiarazione attestante l'impegno, in caso di accettazione della presente richiesta, a produrre copia delle polizze assicurative;
- g) copia non autenticata di un proprio documento di identità personale, in corso di validità
- h) copia del tesserino di riconoscimento indossato dai volontari che accedono

Data _____

Firma (per esteso o leggibile) _____

Eventuali variazioni dei dati sopra riportati dovranno essere comunicate con tempestività all'Ufficio "Rapporti con Enti e Istituzioni" dell'ASST Rhodense (volontari@asst-rhodense.it)



PROPOSTA DI ATTIVITA' PER IL TRIENNIO

DAL_____ AL_____

Breve descrizione delle attività proposte nell'ambito della Convenzione, con particolare evidenza di: Struttura/reparto di riferimento, finalità della collaborazione, modalità di realizzazione dell'attività, eventuali strumenti, tempistiche:

- per l'Associazione che svolge attività presso la Casa di Comunità o presso il Presidio Ospedaliero, specificare i giorni di attività e l'Unità Operativa;
- per l'Associazione che si occupa di trasporti indicare da dove e presso quale struttura si svolge l'attività

In caso di attività che prevede la presenza costante di volontari presso l'ASST, allegare relativo elenco nominativo

ELENCO NOMINATIVO VOLONTARI CHE PRESTERANNO ATTIVITA' PRESSO L'ASST RHODENSE

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di Legale Rappresentante dell'Organizzazione di volontariato denominata _____

DICHIARA

Che, nel periodo dal _____ al _____ presteranno attività di volontariato, presso l'ASST Rhodense le seguenti persone:

NOME	COGNOME

DICHIARA

- di prendere visione, con ciascun volontario del Regolamento per la Disciplina delle Attività delle Associazioni di Volontariato dell'ASST Rhodense;
- di prendere visione del Codice di comportamento dei dipendenti, con l'impegno di attenersi alle disposizioni ivi previste;
- di prendere visione del documento informativo sui rischi specifici esistenti negli ambienti di lavoro dell'ASST Rhodense e sulle misure di prevenzione e di emergenza adottate;
- di prendere visione dell'informativa relativa alla Privacy

Data _____

Firma _____



DESCRIZIONE DELLE STRUTTURE, ATTREZZATURE E MEZZI IMPIEGATI PER LO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA', NONCHE' DEGLI ORARI E DEI GIORNI DI APERTURA DELLA SEGRETERIA ED ELENCO DELLE ATTIVITA' SVOLTE DA TERZI

Il/La sottoscritto/a _____, _____ in qualità dei Legale Rappresentante dell'Organizzazione di volontariato denominata _____,

DICHIARA

1. Che l'Organizzazione dispone delle seguenti strutture, attrezzature e mezzi per lo svolgimento dell'attività:

2. Che la segreteria, sita in _____ Via _____
n. _____ Tel. _____, fax _____, e-mail _____

osserva i seguenti orari e giorni di apertura:

lunedì dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____

martedì dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____

mercoledì dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____

giovedì dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____

venerdì dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____

sabato dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____

domenica dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____

3. che l'Organizzazione si avvale delle seguenti attività prestate da terzi (*):

(*) Indicare:

- tipo ed entità della prestazione (ad es., numero di ore settimanali)
- se trattasi di prestazione di lavoro dipendente, parasubordinato o autonomo, stage o altro
- finalità della prestazione medesima (garantire il regolare funzionamento dell'Organizzazione o qualificare l'attività prestata, e non esercizio di attività di solidarietà)
- sua attinenza agli scopi statutari



SPAZIO RISERVATO ALL'ASST RHODENSE

Esaminata la documentazione allegata, che prevede il parere del Direttore della Struttura

cui fa riferimento l'attività proposta dall'Ente

Acquisito il parere del:

- Direttore Medico di Presidio
- Direttore del Distretto
- Direttore del DAPSS
- Responsabile dell'Ufficio Rapporti con Enti e Istituzioni

si esprime parere:

- positivo
- negativo

per i seguenti motivi:

Si evidenziano le seguenti specifiche necessità da parte dell'Ente:

Data _____