



RICHIESTA DI RINNOVO DELLA CONVENZIONE PER ATTIVITA' DI VOLONTARIATO PRESSO
L'AZIENDA SANITARIA LOCALE SALERNO

Al Direttore Generale

Al Dirigente Responsabile
U.O.S.D. Rapporti con le
Associazioni di Volontariato

Il/La sottoscritto/a, nat _ a _____ il _____,
in qualità di legale rappresentante dell'organizzazione di volontariato denominata _____,
forma giuridica _____, con sede legale in _____, cap _____, Via
_____, Pro. _____, Tel. _____, Fax _____ CF _____,
iscritta dal _____ nel Registro regionale delle organizzazioni di volontariato della Regione
_____ al nr. _____.

PREMESSO

- di avere preso visione del "Regolamento per la disciplina delle attività di volontariato presso l'Azienda ASL DI SALERNO", approvato con deliberazione n. _____ del _____;
- di avere stipulato con codesta spett.le Azienda in data _____ apposita convenzione per lo svolgimento di attività di volontariato, con scadenza il 31 dicembre _____;
- di essere a tutt'oggi in possesso dei prescritti requisiti per la prosecuzione dell'attività.

CHIEDE

- Di rinnovare la convenzione predetta.

ALLEGA

- Copia delle Statuto/Atto costitutivo dell'Organizzazione(1);
- copia della nota della competente Direzione Regionale/Provinciale attestante la conferma della iscrizione al Registro regionale/provinciale delle organizzazioni di volontariato (2);
- elenco dei soggetti designati a prestare servizio di volontariato presso l'Azienda ASL di Salerno, con annessa dichiarazione concernente il loro percorso formativo;
- scheda di descrizione dell'attività che l'Organizzazione andrà a svolgere;
- eventuale scheda di descrizione delle strutture, attrezzature e mezzi impiegati per lo svolgimento dell'attività;
- dichiarazione attestante l'impegno, in caso di accettazione della presente richiesta, a produrre copia delle polizze assicurative di cui all'art. 4 della Legge 266/91;
- copia non autenticata del documento di identità personale, in corso di validità, del Rappresentante Legale dell'Associazione

Ai sensi del Decreto Legislativo 196/03, si acconsente al trattamento dei dati personali comunicati per le sole finalità connesse all'evasione della presente richiesta.

Distinti saluti

MM

Salerno _____, Firma _____

Eventuali valutazioni dei dati sopra riportati dovranno essere comunicate con tempestività all' ASL SALERNO – S.S.D.Rapporti con le Associazioni di Volontariato:

e mail: m.magurno@aslsalerno.it

tel. 089695129

- (1) Solo se intervenute modifiche rispetto alla documentazione allegata alla richiesta iniziale.
- (2) Se non già trasmessa in precedenza ex art.2, del Regolamento.

01/11