



RICHIESTA DI CONVENZIONE PER ATTIVITA' DI VOLONTARIATO

PRESSO L'AZIENDA SANITARIA LOCALE SALERNO

Al Direttore Generale
Dott. Mario Iervolino

Il/La sottoscritto/a, _____ nat _ a _____ il _____
in qualità di legale rappresentante dell'Organizzazione di Volontariato denominata
_____ forma giuridica _____
con sede legale in Via _____ Prov. _____ CF _____
iscritta dal _____ al nr _____ nel Registro regionale delle organizzazioni di volontariato della
Regione _____ Tel. _____
Sito web _____ email _____

PREMESSO

- di avere preso visione del "Regolamento per la disciplina delle attività di volontariato presso l'Azienda Sanitaria Salerno", approvato con deliberazione n. _____ del _____;
- di essere consapevole delle finalità di solidarietà sociale che l'Organizzazione promuove;
- di essere a conoscenza che l'art. 17 del D. lgs 17/2017 prescrive che:
 - a. per attività di volontariato deve intendersi quella "prestata in modo personale, spontaneo e gratuite, 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.

CHIEDE

- di stipulare con l'Azienda Sanitaria Locale Salerno apposita convenzione per l'esercizio di attività di volontariato, che avrà durata dal _____ al _____

ALLEGA

- a) Copia dello Statuto/Atto costitutivo dell'Organizzazione;
- b) copia della nota attestante l'iscrizione al Registro regionale delle organizzazioni di volontariato;
- c) elenco dei soggetti designati a prestare servizio di volontariato presso l'ASL Salerno, con annessa dichiarazione concernente il loro percorso formativo;
- d) scheda di descrizione dell'attività che l'Organizzazione andrà a svolgere;
- e) eventuale scheda di descrizione delle strutture, attrezzature e mezzi impiegati per lo svolgimento dell'attività;
- f) dichiarazione attestante l'impegno, in caso di accettazione della presente richiesta, a produrre copia delle polizze assicurative di cui all'art.18 del D. lgs 117/2017;
- g) copia non autenticata del documento di identità, in corso di validità, del Rappresentante Legale.

Si acconsente al trattamento dei dati personali comunicati per le sole finalità connesse all'evasione della presente richiesta, ai sensi del D. lgs 196/03.

SALERNO, _____

Firma _____

Eventuali variazioni dei dati sopra riportati dovranno essere comunicate con tempestività all'ASL SALERNO:
Segreteria della direzione strategica e degli altri organi ed organismi aziendali - Comunicazione
Via Nizza, 146 84124 Salerno

email: noprofit@aslsalerno.it