

PROROGA SCADENZA 16.01.2021 ore 14

BANDO

per le Organizzazioni ed Associazioni di Volontariato e di Tutela dei diritti
e per le Organizzazioni Sindacali dei Pensionati maggiormente
impegnate in campo socio-sanitario

PER L'AMMISSIONE AI COMITATI CONSULTIVI MISTI SOCIO SANITARI DEI DISTRETTI DELL'AZIENDA USL DI BOLOGNA

I Comitati Consultivi Misti Socio Sanitari (CCMSS) si inseriscono all'interno di un percorso introdotto a partire dal primo Piano Socio Sanitario Regionale 2008-2010, che porta a compimento un processo avviato con la Legge Regionale 2/2003 per la realizzazione di un sistema di welfare equo e radicato nelle comunità locali, attraverso la costruzione di un sistema integrato di servizi sanitari, assistenziali e socio-sanitari.

Il CCMSS è un organismo per la qualità dei servizi dal lato del cittadino, operante con lo scopo di garantire e di tutelare i diritti dei cittadini in ambito socio-sanitario.

Il CCMSS dovrà integrare le funzioni sanitarie e socio sanitarie, disciplinate rispettivamente dalla L.R. 19/94, e successive modifiche, per le funzioni sanitarie, dalla L.R. 2/2003 e dal D.G.R. 514/2009 per le funzioni socio-sanitarie. Nell'ambito di tali funzioni, come definito nella DET. Giunta RER N.14822/2016, il CCMSS avrà il compito di verificare il grado di coinvolgimento delle Aziende sanitarie e delle strutture operanti in campo socio-sanitario (strutture residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili) nel miglioramento della qualità dei servizi e della comunicazione con il cittadino.

Come indicato dalla norma vigente, i componenti designati dalle Associazioni di volontariato e di difesa dei diritti degli utenti, non devono avere rapporti con soggetti pubblici e/o privati che possano determinare conflitto di interessi con l'attività svolta nell'ambito del Comitato Consultivo Misto Socio Sanitario Distrettuale citato, pertanto viene richiesta la compilazione del modulo di autocertificazione di assenza di conflitto di interessi.

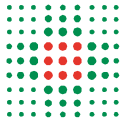
Le domande di partecipazione verranno valutate in base alla coerenza coi fini del Comitato.

Le domande di partecipazione, redatte utilizzando il modello allegato, in cui deve essere specificato il Distretto al cui CCMSS si chiede di partecipare, devono essere spedite all'indirizzo: Direzione AUSL di Bologna, via Castiglione 29, 40123 Bologna, oppure inviate per posta elettronica certificata all'indirizzo:

protocollo@pec.ausl.bologna.it

dal giorno 16 Dicembre 2020

al giorno 16 gennaio 2021, entro le ore 14.00.



Occorre compilare una domanda distinta, utilizzando il modulo allegato, per ogni CCMSS di Distretto al quale si chiede di partecipare:

Comitato Consultivo Misto Socio Sanitario del Distretto di:

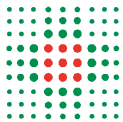
- Città di Bologna
- Reno, Lavino e Samoggia
- S. Lazzaro di Savena
- Appennino Bolognese
- Pianura Est
- Pianura Ovest

Tutti i Comitati Consultivi Misti Socio Sanitari restano in carica per tre anni.

Per informazioni è possibile rivolgersi a Patrizia Rubino, Qualità e Relazioni con il cittadino, Staff Direzione Aziendale, tel. 051 6584956, p.rubino@ausl.bologna.it.

Il Direttore Generale
Azienda USL di Bologna

Pubblicato all'albo informatico aziendale in data 16.12.2020



Domanda di partecipazione ai Comitati Consultivi Misti Socio Sanitari dei Distretti dell'Azienda USL di Bologna

Organizzazione/Associazione di volontariato e di Tutela dei diritti in ambito socio-sanitario -----

(indicare sigla e denominazione estesa)

n. iscrizione all'Albo Regionale/Prov./Comunale -----

(indicare n. iscrizione Albo)

Sede Organizzazione/Associazione via -----

Città n.----- CAP -----

Tel., Fax, E-mail -----

Chiede

di far parte del Comitato Consultivo Misto Socio Sanitario del

- Distretto Città di Bologna
- Distretto Reno, Lavino e Samoggia
- Distretto dell'Appennino Bolognese
- Distretto di S. Lazzaro di Savena
- Distretto di Pianura Ovest
- Distretto di Pianura Est

(barrare una casella)

e a questo scopo DELEGA

il sig. (titolare) _____

Tel. _____ indirizzo mail _____

residente a _____ via _____

n° _____ Cap _____

il sig. (sostituto) _____

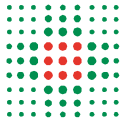
Tel. _____ indirizzo mail _____

residente a _____ via _____

n° _____ Cap _____

data _____

Firma del Presidente dell'Associazione



MODULO AUTOCERTIFICAZIONE
INTERESSI FINANZIARI E CONFLITTI DI INTERESSI

Dichiarazione assenza/presenza conflitto potenziale

DICHIARO di

- non avere rapporti con soggetti pubblici e/o privati che possono a qualsiasi titolo, determinare conflitto di interessi, anche potenziale, con l'attività svolta nell'ambito del Comitato Consultivo Misto Socio Distrettuale.
- non avere rapporti di lavoro, a qualsiasi titolo, o rapporti economici personali con l'Azienda USL di Bologna, il Comune di.....
o delle strutture socio-sanitarie del distretto di.....
- non ricoprire il ruolo di dirigenti, amministratori, collaboratori di Aziende sanitarie regionali, di IRCCS di diritto pubblico, di strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private

Firma
