

AL DIRETTORE DELL' UOC SERVIZI AMMINISTRATIVI
OSPEDALIERI

AZIENDA USL DI BOLOGNA

**DOMANDA DI ADESIONE ALL'AVVISO PER ENTI DEL TERZO SETTORE: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE RELATIVA AD ATTIVITA DI
SUPPORTO DA PARTE DI VOLONTARI PER:**

- **ACCOGLIENZA PER L'ACCESSO A PRESTAZIONI AMBULATORIALI**
- **SERVIZI DI ACCOMPAGNAMENTO**
- **UMANIZZAZIONE E SOLLIEVO**

PRESSO GLI OSPEDALI BELLARIA E MAGGIORE - Azienda Unità Sanitaria Locale DI BOLOGNA.

la/il sottoscritta/o _____

nata/o _____ il _____

residente a _____ via _____ n. _____

in qualità di _____

della _____

(inserire la ragione sociale)

con sede legale a _____ via _____ n. _____

codice fiscale _____ partita IVA _____

DICHIARA ai sensi dell'art. 47 DPR 445/00 consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 78 del DPR 445/00:

1. che l'Associazione _____ è iscritta al Registro (specificare quale) _____ al n. _____ e si è costituita in data _____ ;
2. che il servizio oggetto della convenzione rientra tra gli scopi dell'Associazione e che la stessa ha in proprio le risorse necessarie per provvedere al suddetto servizio. In particolare aderiscono all'Associazione n. _____ volontari;
3. di essere consapevole che i servizi di cui alla presente domanda sono continuativi e non interrompibili. L'interruzione porta alla decadenza della convenzione;
4. che la propria associazione è disponibile non disponibile (**selezionare scelta**) ad adeguarsi alle modifiche logistico organizzative che potranno addivenire in corso d'opera;
5. di essere consapevole che il servizio, per la sua stessa natura, implica una variabilità della attività e dei bisogni espressi dalla AUSL;

6. che i volontari messi a disposizione sono in possesso delle cognizioni tecniche e pratiche e delle eventuali abilitazioni professionali necessarie alla svolgimento delle attività e delle prestazioni specifiche di cui al presente avviso;
7. che le attività previste saranno svolte con l'apporto determinante e prevalente dei propri aderenti volontari;
8. che il personale volontario è coperto da assicurazione (come da documentazione allegata).

Al fine del presente avviso, presenta i seguenti progetti, per ciascuno dei quali si allega proposta organizzativa e gestionale:

- accompagnamento pazienti autosufficienti senza ausili;
- accoglienza, orientamento utenti presso CUP, PDA, Punto Prelievi, Ambulatori, Diagnostiche, collaborazione per attività generiche e semplici su indicazione dei dipendenti;
- aiuto somministrazione individuale colazione, umanizzazione e sollievo della solitudine presso U.O. Geriatria.

(luogo)

(data)

(timbro e firma)

ALLEGATI:

- Fotocopia carta d'identità del legale rappresentante;
- Statuto dell'ETS e, se disponibile, regolamento che stabilisce i limiti massimi e le condizioni previsti per i rimborsi ai propri volontari;
- Proposta organizzativa-progettuale timbrata e firmata in ogni pagina per ogni progetto che si intende svolgere, che riporta quanto indicato al punto 9 dell'avviso "Criteri ed elementi di valutazione";
- (eventuali) relazioni o documentazione comprovante quanto riportato nella proposta organizzativa e progettuale;
- Copia della polizza assicurativa del personale volontario.