

N. ISCRIZIONE CCM _____

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N. _____

(Da compilare a cura della ASL BR)

PROTOCOLLO ASL BR

Al Direttore Generale ASL BR
Via Napoli, 8
72100 BRINDISI

RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO
DELL'ASSOCIAZIONE DI VOLONTARIATO/ORGANISMO DI TUTELA
AL COMITATO CONSULTIVO MISTO ASL BR

(Regolamento aziendale approvato con deliberazione n. 721 del 10.04.2014)

Denominazione Associazione: _____

Sigla: _____

Codice Fiscale o Partita IVA:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data di costituzione : _____ (requisito conforme all'art. 4, comma 1, punto b) del regolamento)

Scopi e fini dell'Associazione (in sintesi):

Destinatari dell'intervento: _____

--

Sede legale: in _____ Via _____

Sede/i operativa/e: in _____ Via _____

--

Iscrizione a Registri o Albi (requisito conforme all'art. 4, comma 1, punto a) del regolamento)

- Registro unico nazionale del Terzo settore (Runts) ----- ☐

- Altro _____ ☐

N. di iscrizione/anno _____ N. Atto di riferimento: _____

PRESIDENTE _____

DELEGATO c/o C.C.M. ASL (se diverso) _____

Recapito telefonico _____

E-mail _____

Data di scadenza degli Organi della Rappresentanza sociale: _____

N° di volontari operanti ad oggi: _____

Breve curriculum dell'associazione (principali attività svolte):

Fonti di finanziamento:

Si allega in copia:

- Atto costitutivo
- Statuto vigente
- Elenco nominativo dei componenti gli attuali Organi (nome, cognome, carica ricoperta, indirizzo, recapito telefonico ed e-mail)
- Curriculum dettagliato di attività svolte;
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione.

Si dichiara inoltre:

- che all'interno dell'Associazione non vi sono come legali rappresentanti e/o come componenti degli organismi direttivi, soggetti titolari di rapporti di lavoro (sia subordinato che autonomo) con la ASL BR, né soggetti titolari della proprietà o della gestione di strutture sanitarie o socio-sanitarie private accreditate con il S.S.R. operanti sul territorio provinciale in cui insiste l'Azienda ASL ed eroganti prestazioni in favore di quest'ultima, ovvero soggetti titolari di rapporti di lavoro (sia subordinato che autonomo) con le predette strutture sanitarie o socio-sanitarie private accreditate;
- di non avere convenzioni in atto con la ASL BR per l'erogazione di prestazioni in favore di quest'ultima che prevedano contributi e finanziamenti di qualsiasi genere da parte della stessa.

In fede

Luogo _____

Data _____

Il Presidente

FIRMA E TIMBRO DELL'ASSOCIAZIONE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 - D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ (____) in via _____ nr _____

In qualità di Presidente dell'Associazione di Volontariato denominata:

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

- di essere in possesso dei requisiti per l'accreditamento e di non incorrere nelle situazioni di conflitto di interessi con l'Azienda previste dall'art. 4 del Regolamento aziendale per la costituzione ed il funzionamento del Comitato Consultivo Misto ASL BR approvato con deliberazione n. 721 del 10.04.2014;
- che i dati riportati nella richiesta di accreditamento al Comitato Consultivo Misto ASL BR corrispondono a verità;
- di non essere incorso in condanne passate in giudicato per reati contro la P.A. o per reati di natura amministrativo-finanziaria.

Dichiaro, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 18 del D.Lgs n. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(luogo, data)

Il Dichiarante

Ai sensi dell'art.38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione sottoscritta dall'interessato è inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante.