



## Associazioni di Volontariato: richiesta di accesso alle Strutture Sanitarie

Io sottoscritto/a

(nome) \_\_\_\_\_ | (cognome) \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ | a \_\_\_\_\_ | Prov. \_\_\_\_\_

Stato di nascita \_\_\_\_\_ | codice fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ | Prov. \_\_\_\_\_ | CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ | n. \_\_\_\_\_

telefono (fisso o cellulare) \_\_\_\_\_

e-mail (facoltativo) \_\_\_\_\_

### DICHIARO DI ESSERE

*barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste*

il legale rappresentante di (specificare nome) \_\_\_\_\_

Organizzazione di Volontariato  altro (specificare) \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ | Partita IVA \_\_\_\_\_

con sede legale nel Comune di \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ | n. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ | fax \_\_\_\_\_ | e-mail \_\_\_\_\_

### CHIEDO

*barrare le caselle di interesse e scrivere le informazioni richieste*

► che l'associazione che rappresento sia autorizzata ad accedere al reparto di

\_\_\_\_\_

dell'Ospedale:

Policlinico di Modena.

Civile di Baggiovara

per svolgere questa attività (descrivere brevemente l'attività per la quale si richiede l'accesso)

---

---

---

---

---

## COMUNICO CHE

*scrivere le informazioni richieste*

► l'attività si svolgerà dal \_\_\_\_\_

al \_\_\_\_\_

con questo orario \_\_\_\_\_

## DICHIARO

► di avere preso visione del regolamento per la disciplina dell'attività di volontariato nelle strutture dell'azienda Ospedaliero Universitaria di Modena, approvato con delibera n 111 del 13/07/2017 e di rispettare quanto da esso indicato.

► che l'attività dei volontari è prestata in modo personale, spontaneo e gratuito, senza fini di lucro anche indiretto ed esclusivamente per fini di solidarietà.

## ALLEGO

1. l'atto costitutivo, lo statuto o altra documentazione relativa alla natura giuridica del soggetto richiedente
2. il nome della Compagnia assicurativa con cui l'Associazione ha stipulato una polizza per i propri associati ed il numero della stessa
3. il progetto con indicati finalità, tempi e modalità di svolgimento e struttura presso la quale si intende realizzare l'attività stessa.

## SONO CONSAPEVOLE CHE

le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa). L'Azienda O-U effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

data \_\_\_\_\_ | firma (*per esteso e leggibile*) \_\_\_\_\_

## TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMATIVA D.LGS. 196/2003, ART.13

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo <http://www.aou.mo.it/privacy>



**SPAZIO RISERVATO  
ALL'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI MODENA**

Esaminata la documentazione allegata, si esprime parere

POSITIVO

NEGATIVO

per i seguenti motivi: \_\_\_\_\_

data

firma e timbro *(Il Coordinatore Infermieristico)*

data

firma e timbro *(Il Direttore della Struttura Complessa)*