

## Associazioni di Volontariato: richiesta di accesso al Punto Unico del Volontariato - PUV

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) \_\_\_\_\_

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 PUV dell'Ospedale:

Policlinico di Modena.

Civile di Baggiovara

► per

- far conoscere attività ed interventi delle associazioni di volontariato in ambito sociale e sanitario offerti durante un ricovero ospedaliero, durante la dimissione o al domicilio del paziente (ad es.: supporto al paziente e familiari, conforto, disbrigo di piccole pratiche amministrative, rete dei trasporti sanitari, ecc.);
- facilitare la conoscenza e l'accesso ai servizi ospedalieri;
- promuovere attenzione verso i temi della prevenzione anche attraverso la diffusione di materiali informativi sia cartacei che on-line.

### COMUNICO CHE

*scrivere le informazioni richieste*

► l'attività si svolgerà negli orari di apertura del Puv

## DICHIARO

- ▶ di avere preso visione del regolamento per la gestione dei punti unici del volontariato -PUV, negli ospedali Policlinico di Modena e Civile di Baggiovara dell'azienda Ospedaliero Universitaria di Modena, approvato con delibera n. 110 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 materiale informativo con il quale si intende promuovere l'attività dell'associazione che rappresenta.

## 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>

