



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>

