

**Al Direttore Generale ASL LE
Via Miglietta
73100 Lecce**

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

(Regolamento Aziendale approvato con deliberazione n. ____ del ____)

Denominazione Associazione: _____

Sigla: _____

Codice Fiscale o Partita Iva: _____

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

- Registro regionale OdV (L.266/1991- L.R. 11/1994) _____

- Registro regionale APS (L.383/2000 – L.R. 39/2007) _____

- Elenco regionale ONLUS (D.Lgs. 460/1997) _____

- Albo regionale delle ass. no profit di genere (L.R. 7/2007; DGR 67/2008) _____

N. di iscrizione/anno _____ N. atto di riferimento _____

Presidente _____

Delegato c/o C.C.M. ASL (se diverso dal presidente) _____

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:

1. Atto costitutivo;
2. Statuto vigente;
3. Elenco nominativo dei componenti gli attuali Organi (nome, cognome, carica ricoperta, indirizzo, recapito telefonico ed e-mail);
4. Curriculum dettagliato dell'attività svolte;
5. 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 Lecce, 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 Lecce 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 _____

IL PRESIDENTE

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 Lecce approvato con deliberazione n. _____ del _____;
- che i dati riportati nella richiesta di accreditamento al Comitato Consultivo Misto ASL Lecce 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