



AZIENDA SANITARIA LOCALE BARI

Lungomare Starita, 6 P.I./ C.F. 06534340721 - 70123- Bari



RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO DELL'ASSOCIAZIONE DI VOLONTARIATO/ORGANISMO DI TUTELA

Al Direttore Generale ASL BARI
Lungomare Starita, 6
70123 BARI

Denominazione: _____

Sigla: _____

Codice Fiscale o Partita IVA: _____

Scopi e fini dell'Associazione (in sintesi):

Sede sociale: _____

Sede/i operativa/e : _____

Presidente: _____

Telefono: _____ e-mail _____

Iscrizione (art. 4 comma 1)

- Registro del volontariato (L. 266/91; L. n° 11/94) _____ []
- Registro Regionale delle associazioni di promozione sociale(L. 383/2000;L.R. 39/2007) _____ []
- Elenco Regionale delle O.N.L.U.S. (D.Lgs. 460/1997) _____ []
- Albo Regionale delle Associazioni, dei movimenti femminili e delle cooperative no profit di genere
(L.R. 7 /2007; D.G.R. n. 67 del 31/1/2008) _____ []

Inizio attività dal ____ / ____ / ____

Numero iscrizione/anno _____

n° atto di riferimento _____

Presentazione di documentazione relativa ad attività svolta dall'Associazione in ambito sanitario o socio-sanitario da almeno tre anni (elencare documentazione trasmessa)

Allegati:

1. Autocertificazione (art.47 e art. 76 DPR 445 del 28.12.2000) del Legale Rappresentante di non sussistenza delle incompatibilità previste dall'art. 3 c. 3 , e dall'art. 4 c. 2 del Reg.Reg. n°4 del 10.3.2014
2. Copia di documento d'identità in corso di validità

Timbro e firma

Data



AZIENDA SANITARIA LOCALE BARI
URP

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(ART. 46 –D.P.R. 28 Dicembre 2000, n .445)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

Residente a _____ Prov. _____

In via _____ n° _____

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. 3 comma 3 e dall'art. 4 comma 2 del Regolamento Regionale n. 4 del 10 marzo 2014 ,
- Che i dati riportati nella richiesta di accreditamento al Comitato Consultivo Misto dell'Azienda ASL Bari corrispondono a verità,
- Di non essere incorso in condanne passate in giudicato per reati contro la P.A. o per reati di natura amministrativa-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.

Data, _____

Il Dichiarante

Ai sensi dell'art 38, DPR 445 del 28 Dicembre 2000, la dichiarazione sottoscritta dall'interessato è inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento d'identità del dichiarante

Ufficio Relazioni con il Pubblico ASL BARI
Lungomare Starita, 6 P.I./ C.F. 06534340721 - 70123- Bari
Tel 0805844091 Numero Verde 800019467