



AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

Lungomare Starita, 6 – 70132 BARI – P.I.: 0653434072

U.O.C. Servizio di Informazione e Comunicazione Istituzionale

- Ufficio Staff della Direzione Generale -

UOS URP

UOS Privacy

RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO ASSOCIAZIONE DI VOLONTARIATO/ ORGANISMO DI TUTELA

Al Direttore Generale ASL BARI
Lungomare Starita, 6
70132 BARI

Preso atto delle Delibere D.G. n. 1174 del 1 luglio 2014 e sua successiva integrazione n. 802 del 27.05.15, attuative del Regolamento Regionale n. 4 del 10 marzo 2014, il sottoscritto chiede di iscrivere l'Associazione che rappresenta all'Albo delle Associazioni Accreditate ASL BARI:

Denominazione Associazione _____

Sigla _____

Codice Fiscale o Partita IVA _____

Scopi e fini dell'Associazione (in sintesi)

Sede sociale _____

Sede/i operativa/e _____



AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

Lungomare Starita, 6 – 70132 BARI – P.I.: 0653434072

Presidente _____

Telefono _____ E mail _____

Numero iscrizione e atto di riferimento:

- RUNTS (D.Lgs. 117/2017) _____ ()
- Registro del Volontariato (L. 266/91; L. 11/94) _____ ()
- Registro Regionale delle Associazioni di promozione sociale (L. 383/2001; L.R. 39/2007) _____ ()
- Elenco Regionale delle O.N.L.U.S. (d.Lgs 460/97) _____ ()
- Albo Regionale delle Associazioni, dei movimenti femminili e delle cooperative no profit di genere
(L.R. 7/2007; D.G.R. 67 del 31/01/2008) _____ ()

Inizio attività dal _____

Si allegano, ai sensi del D.Lgs n. 117 del 2017, Riforma del Terzo Settore:

1 – Atto Costitutivo

2 – Statuto

3 – Numero iscritti

4 – Relazione sulle attività svolte negli ultimi tre anni

5 – 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 Regolamento regionale n. 4 del 10.03.2014

6 – Copia documento di identità in corso di validità

Data _____

Timbro e Firma



AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

Lungomare Starita, 6 – 70132 BARI – P.I.: 0653434072

U.O.C. Servizio di Informazione e Comunicazione Istituzionale

- Ufficio Staff della Direzione Generale -

UOS URP

UOS Privacy

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 Legale Rappresentante 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 previsti 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.

Informativa Privacy:

I dati personali raccolti con la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la stessa dichiarazione viene resa.

Per esercitare i suoi diritti di cui agli artt.15-22 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (Reg. UE 2016/679) potrà rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati presso il Titolare del trattamento (ASL BARI - Lungomare Starita 6, 70123 - email: dpo@asl.bari.it - pec: protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it).

Per maggiori informazioni sul trattamento dei dati personali si rinvia alla sezione "Privacy" del sito internet istituzionale all'indirizzo <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari/privacy-portale>

Data _____

Il Dichiarante



ASL Bari

PugliaSalute

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

Lungomare Starita, 6 – 70132 BARI – P.I.: 0653434072

Ai sensi dell'art. 38 del 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 in corso di validità del dichiarante