



### **Bando di iscrizione all'Albo delle Associazioni**

Al fine di ricostituire l'Albo delle associazioni di Volontariato e di Tutela dell'utente, valido per tutto il territorio dell'Azienda ASL BT, tutte le Associazioni di Volontariato e gli Organismi di Tutela presenti nel territorio di questa Azienda ASL BT che, ferma restando l'autonomia per il perseguimento dei propri fini statutari, intendono garantire come soggetti sociali il proprio contributo alla programmazione, organizzazione e verifica degli interventi finalizzati al miglioramento dei servizi all'interno delle strutture sanitarie, sono invitate a presentare richiesta di accreditamento presso questa Azienda ASL.

L'istanza, sottoscritta dal rappresentante legale dell'Associazione, deve essere presentata a questa Azienda ASL BT, utilizzando l'apposito modello allegato al bando, allegando la documentazione (brochure, pubblicazioni, notizie di stampa, etc.) che l'Associazione riterrà opportuno, al fine di documentare la propria presenza sul territorio.

IL TERMINE PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE SCADE IL TRENTESIMO GIORNO SUCCESSIVO A QUELLO DELLA DATA DI PUBBLICAZIONE DEL BANDO SUL BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE PUGLIA.

Il Bando sarà inoltre disponibile sul sito:

<http://www.sanita.puglia.it/portal/page/portal/SAUSSC/Aziende%20Sanitarie/ASL/ASL%20BAT>

Ulteriori chiarimenti potranno essere richiesti presso l'ufficio U.R.P. di questa ASL BT.

Il Dirigente U.O. Affari Generali  
Dott. Maurizio De Nuccio

ALLEGATO N.1

**Richiesta di Accredimento dell'Associazione di Volontariato/Organismo di Tutela**

Al Direttore Generale

**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.lgsl.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 \_\_\_\_\_

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 :**

- Atto costitutivo;
- Statuto vigente ;
- Elenco nominativo dei componenti gli attuali Organi ( nome, cognome, carica ricoperta, indirizzo, recapito telefonico ed e-mail );
- Curriculum dettagliato di attività svolte;
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione.

**In fede**

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**Il Presidente**

**Firma e timbro dell'Associazione**