


|  |  |   |
|--|--|---|
|  | <b>AFFARI GENERALI, SEGRETERIA E<br/>FUNZIONI AMMINISTRATIVE<br/>TRASVERSALI</b> | Codice procedimento:                          |
|  |  | Termine per provvedere: 30 gg dalla richiesta |
|  |  | Codice titolare: I.1.12                       |
|  |  | ☎ 0173/316901                                 |

**DOMANDA DI ACCREDITAMENTO PROGETTO "PROTEZIONE FAMIGLIE FRAGILI"**

**IL SOTTOSCRITTO**

Sig./sig.ra \_\_\_\_\_ Data di nascita    /    /

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

**IN QUALITA' DI LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA**

Associazione di Promozione Sociale (APS)       Organizzazione Di Volontariato (ODV)

Denominata \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ P. I.V.A. \_\_\_\_\_

**RICHIEDE L'ACCREDITAMENTO DELL'E.T.S. PER LO SVOLGIMENTO DEL RUOLO DI CAPOFILA NELL'AMBITO DEL PROGETTO "PROTEZIONE FAMIGLIE FRAGILI"**

**A TAL FINE, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del d.P.R. 28.12.2000 n.445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi,**

**DICHIARA (ex art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)**

- 1**  di essere l'unico componente del Direttivo ad avere la legale rappresentanza dell'ETS
- oppure*
- che oltre al dichiarante hanno la legale rappresentanza dell'ETS anche i seguenti componenti del direttivo

|   | Cognome e nome | Data di nascita | Codice fiscale |
|---|----------------|-----------------|----------------|
| 1 |                | / /             |                |
| 2 |                | / /             |                |

*(in questo caso le dichiarazioni di cui ai punti 2, 3 e 4 dovranno essere rese mediante dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà di ognuno di essi, avvalendosi di apposito modulo disponibile sul sito dell'ASL CN2)*

- 2**  l'assenza a proprio carico di condanne
- oppure*
- che sono state pronunciate a proprio carico le seguenti condanne
- (non devono essere autocertificate le condanne estinte, per le quali è intervenuta riabilitazione, quelle con il beneficio della non menzione, o relative a reati depenalizzati)*

- 3**  l'inesistenza a proprio carico di procedure/provvedimenti di fallimento, concordato preventivo o amministrazione controllata
- oppure*
- l'esistenza a proprio carico delle/dei seguenti procedure/provvedimenti di fallimento, concordato preventivo o amministrazione controllata e delle seguenti (eventuali) riabilitazioni
- 

- 4**  di non trovarsi nelle condizioni di incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione e di non aver mai commesso gravi errori nell'esercizio della propria attività professionale

**5** che l'ETS

- è iscritta al n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ all'Albo Regionale delle ODV di cui all'art. 3 della L.R. n. 38/1994 e non ha procedure di cancellazione in corso
- è iscritta al n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ al Registro regionale delle APS di cui all'art. 6 della L.R. n. 7/2006 e non ha procedure di cancellazione in corso
- ha sede legale in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_
- ha sede operativa in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_
- è stata fondata nel \_\_\_\_\_ (anno dello statuto fondativo)
- ha volontari in numero di \_\_\_\_\_
- ha dipendenti in numero di \_\_\_\_\_ ed è in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali/assistenziali, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge e delle norme contrattuali nazionali e locali
- non ha dipendenti e non è assoggettata alla normativa sulla regolarità contributiva
- non ha subito l'applicazione di alcuna sanzione interdittiva di cui all'art.9, comma 2, lettera c), del D.Lgs. 8.6.2001 n. 231 o altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la pubblica amministrazione, compresi i provvedimenti interdittivi di cui all'art.14 del D.Lgs. 81/2008 e all'art.5 della L. 123/07
- ha in corso di validità polizza di assicurazione dei volontari contro gli infortuni e le malattie connesse allo svolgimento dell'attività di volontariato, di cui di seguito si indicano gli estremi ed i costi:

| COMPAGNIA ASSICURATRICE | POLIZZA NUMERO | TIPOLOGIA | MASSIMALE | COSTO ANNUALE |              |
|-------------------------|----------------|-----------|-----------|---------------|--------------|
|                         |                |           |           | TOTALE        | A VOLONTARIO |
|                         |                | RCT       | €         | €             | €            |
|                         |                | INFORTUNI | €         | €             | €            |

- si impegna ad osservare tutte le prescrizioni di cui all'avviso allegato al bando ASL CN2 ai quali integralmente si rimanda ed in particolare al coinvolgimento degli altri ETS operanti nel territorio dell'ASL CN2 al fine di garantire la migliore riuscita del progetto
- si impegna a garantire che le attività proposte verranno svolte nel rispetto dei diritti (con particolare riguardo a quello relativo alla riservatezza) e della dignità degli utenti e, ove previsti dalla normativa, degli standard organizzativi e strutturali di legge.

**ELEMENTI DI PRIORITA' IN CASO DI PIU' SOGGETTI ACCREDITABILI**

**6** che l'ETS

- è attiva nel territorio dell'ASL CN2 dal \_\_\_\_\_
- dedicherà al progetto n. \_\_\_\_\_ volontari (allegare elenco)
- ha maturato negli ultimi 5 anni le seguenti (documentabili) esperienze con il coinvolgimento di altre realtà territoriali (specificare dettagliatamente quali e l'anno ed il luogo in cui sono state realizzate)
- ha posto negli ultimi 5 anni in essere le seguenti (documentabili) azioni mirate a far conoscere la realtà del volontariato finalizzate al reclutamento di nuovi volontari (descrivere le iniziative; indicare il periodo in cui sono state attuate ed il luogo in cui hanno avuto svolgimento)
- ha posto negli ultimi 5 anni in essere le seguenti (documentabili) azioni mirate alla raccolta fondi (specificare anno, importo raccolto e descrivere con quali modalità e dove si è attuata)
- ha gestito direttamente a titolo gratuito le seguenti attività formative e di educazione sanitaria rivolte alla popolazione (specificare anno e descrivere l'attività posta in essere ed il luogo in cui ha avuto svolgimento)

**RICHIEDE**

che tutte le comunicazioni inerenti alla presente procedura siano effettuate ad ogni effetto di legge

al seguente numero di Fax: \_\_\_\_\_

al seguente indirizzo di posta elettronica: \_\_\_\_\_

al seguente indirizzo di posta elettronica certificata:

## INDIVIDUA QUALE REFERENTE DEL'ETS

SE STESSO

Tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

IL SIG./LA SIG.RA

Cognome e nome referente \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Timbro dell'ETS e firma del dichiarante

*Si allega*

- **l'elenco dei volontari** che si intendono adibire alle attività convenzionate (Cognome, Nome e C.F.);
- **fotocopia della carta d'identità dell'istante** (se l'istanza non è firmata davanti al dipendente addetto)

Ai sensi dell'art. 21, comma 2, D.P.R. 445/2000 attesto che la sottoscrizione della dichiarazione sopra riportata è stata apposta in mia presenza dal dichiarante Sig. \_\_\_\_\_ identificato con \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato/a il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ e preventivamente ammonito/a sulle responsabilità penali cui si può andare incontro in caso di dichiarazione mendace (art. 76 D.P.R. 445/2000).

==, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ L'incaricato \_\_\_\_\_

( Spazio riservato all'autentica della firma )

## INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E DEI DATI INERENTI ALLA SALUTE

Il titolare del trattamento è l'ASL CN2, con sede in via G. Vida 10, 12051 ALBA; aslcn2@legalmail.it - tel. 0171316111;

Il Data Protection officer (D.P.O.) è: Dott.ssa Carena Pinuccia tel. 3342197364; dpo@aslcn2.it.

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 13 del GDPR, L'ASL CN2, con sede in Alba, via Vida n. 10, in qualità di "titolare" del trattamento dei dati personali, fornisce le seguenti informazioni:

### Finalità del Trattamento

I dati personali sono raccolti e trattati nell'ambito delle funzioni istituzionali dell'ASL CN2 per valutare se sussistono i requisiti necessari per consentire l'accreditamento dell'EST.

### Modalità e Durata del Trattamento

La gestione e la conservazione dei Suoi dati personali avviene presso le sedi delle Azienda sanitaria. I dati personali sono trattati da e sotto la responsabilità di professionisti soggetti al segreto professionale e al segreto d'ufficio; i soggetti che trattano i dati sono specificatamente incaricati a trattarli in qualità di autorizzati al trattamento.

L'Azienda persegue una politica di minimizzazione dei dati cercando il più possibile di contenerne l'utilizzo: i dati e la documentazione sono conservati per il tempo previsto dalla legge o dei massimi di conservazione e scarto, e comunque qualsiasi dato sarà utilizzato non oltre il raggiungimento delle finalità sopra indicate.

I dati da Lei rilasciati all'Azienda potranno essere utilizzati sia in modo manuale che informatizzato e saranno conservati in luogo idoneo ed in modo appropriato, tutelandone la riservatezza.

### Natura del Conferimento Dei Dati

Il conferimento dei dati è OBBLIGATORIO; il rifiuto comporterà l'impossibilità da parte dell'ASL CN2 di procedere alla valutazione della sussistenza dei requisiti finalizzati ad ottenere l'accreditamento dell'EST.

### Comunicazione dei Dati

I dati in possesso dell'Azienda saranno comunicati nei limiti strettamente pertinenti agli obblighi, ai compiti ed alle finalità illustrate. Essi potranno eventualmente essere comunicati anche ad altri soggetti pubblici, agli istituti previdenziali e all'Autorità Giudiziaria nel rispetto della normativa sulla privacy.

I Suoi dati non verranno trasferiti a terzi, esclusi i casi di obbligo di legge oppure su Sua specifica richiesta o nel caso in cui si renda necessario nei limiti strettamente pertinenti alle finalità di cui sopra; in tale circostanza il destinatario è individuato quale Responsabile esterno, ai sensi dell'art. 28 GDPR, e viene assoggettato agli stessi obblighi dell'Azienda Sanitaria in materia di protezione dei dati. Potranno, pertanto, venire a conoscenza dei suoi dati, nel rispetto della normativa citata, i collaboratori, gli amministratori, i membri del collegio sindacale dell'A.S.L. CN2, in relazione alle funzioni svolte; nonché gestori di servizi informatici; servizi di consulenza, di controllo, nonché i responsabili del trattamento nominati ai sensi e per gli effetti dell'art. 28 GDPR.

I dati in questione non saranno comunicati ad altri soggetti né saranno oggetto di diffusione.

L'elenco dei responsabili al trattamento dei dati è pubblicato sul sito internet dell'ASL CN2.

### Diritti dell'interessato

In qualsiasi momento, in forza dei diritti previsti dagli articoli 15 - 21 del GDPR, Lei può richiedere al Servizio Affari Generali - Via Vida n. 10 - 12051 ALBA: l'accesso, la rettifica, la cancellazione, ad eccezione del caso in cui il trattamento sia necessario per il titolare, per l'esercizio dei diritti alla libertà di espressione e di informazione, per l'adempimento di un obbligo legale o per l'esecuzione di un compito svolto nel pubblico interesse, a fini di archiviazione, di ricerca scientifica o storica o a fini statistici, per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria; diritto di limitazione del trattamento, diritto di opposizione, diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei Dati personali.