

	AFFARI GENERALI E COORDINAMENTO FUNZIONI AMMINISTRATIVE DI STAFF	Codice procedimento:
		Termine per provvedere: 30 gg dalla richiesta
		Codice titolare: I.1.12
		☎ 01721404885 - 0173316973

DOMANDA DI ACCREDITAMENTO ENTI TERZO SETTORE (E.T.S.) - ANNI 2022-2023

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 DELLE SEGUENTI ATTIVITA' CHE RIENTRANO NELLE FINALITA' STATUTARIE DELL'ETS

sostegno morale e pratico al malato ed ai suoi familiari accoglienza, informazione ed orientamento
 attività ricreative cura della persona
 altre attività sociali (*specificare*) _____

NELLE SEGUENTI STRUTTURE/SERVIZI AZIENDALI

<input type="checkbox"/> OSPEDALE <input type="checkbox"/> <i>Degenze</i> <input type="checkbox"/> <i>Ambulatori</i> <input type="checkbox"/> <i>Pronto soccorso</i> <input type="checkbox"/> <i>Reception e sale d'attesa</i>	<input type="checkbox"/> TERRITORIO <input type="checkbox"/> <i>Strutture psichiatriche</i> <input type="checkbox"/> <i>Hospice</i> <input type="checkbox"/> <i>CAVS</i> <input type="checkbox"/> <i>Case della salute</i>
---	---

AL DOMICILIO DEL PAZIENTE INSERITO IN PROGRAMMI DI ASSISTENZA (SANITARIA) DOMICILIARE

ATTIVITÀ ESTERNE ALLE STRUTTURE AZIENDALI

A FAVORE DI

<input type="checkbox"/> pazienti geriatrici <input type="checkbox"/> pazienti pediatrici <input type="checkbox"/> pazienti oncologici <input type="checkbox"/> pazienti psichiatrici	<input type="checkbox"/> tutte le tipologie di pazienti <input type="checkbox"/> tutta l'utenza <input type="checkbox"/> altro (<i>specificare</i>) _____
--	---

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

(vanno autocertificate anche 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 oppure al RUNTS istituito dal D.Lgs 117 del 3 luglio 2017

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 oppure al RUNTS istituito dal D.Lgs 117 del 3 luglio 2017

ha sede legale in _____ Via _____

ha sede operativa in _____ Via _____

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

ha volontari in numero di _____, adeguatamente formati ed aggiornati mediante appositi corsi e/o in possesso di professionalità specifiche per lo svolgimento dell'attività di cui all'oggetto statutario, formazione e professionalità che verranno documentate a richiesta dell'ASL

ha il seguente oggetto e finalità statutarie

nello svolgimento della propria attività si avvale delle seguenti risorse (strutture/attrezzature/mezzi):

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	€	€	€

- che eventuali rimborsi da parte dell'ASL dei costi dell'assicurazione contro gli infortuni e le malattie connesse allo svolgimento dell'attività di volontariato non sono soggetti a regime I.V.A. ai sensi del D.P.R. 22 ottobre 1972 n. 633 (agevolazioni fiscali di cui all'art.8 della legge 266/91) e che essi sono comunque subordinati al rispetto degli impegni di cui alla presente domanda;
- si impegna a rispettare le disposizioni in materia di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro secondo quanto previsto dal D.Lgs. 81/08
- si impegna ad osservare tutte le prescrizioni di cui all'avviso ed alla bozza di convenzione allegata al bando ASL CN2 ai quali integralmente si rimanda ed in particolare a coordinarsi con gli altri ETS operanti nel medesimo ambito al fine di garantire continuità negli interventi ed evitare sovrapposizioni, secondo le esigenze dell'ASL
- si impegna a garantire
- 24 accessi*/anno per ogni volontario, per attività di sostegno morale e pratico al malato ed ai suoi familiari nelle degenze ospedaliere
- 15 accessi*/anno per ogni volontario, per altre attività realizzate presso strutture aziendali ospedaliere o territoriali
- 15 giornate di servizio*, per attività realizzate al di fuori delle strutture aziendali
- * della durata di almeno 2 ore

nei seguenti giorni ed orari:

- si impegna a garantire che le attività proposte verranno svolte nel rispetto dei diritti e della dignità degli utenti e, ove previsti dalla normativa, degli standard organizzativi e strutturali di legge.

RICHIEDE

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

- 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 delle polizze di assicurazione dei volontari contro gli infortuni e le malattie** connesse allo svolgimento dell'attività di volontariato solo per le ETS di nuovo accreditamento o solo se sono intervenute variazioni, per le ETS già convenzionate con l'ASL CN2
- **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 _____

(S p a z i o r i s e r v a t o a l l ' a u t e n t i c a d e l l a f i r m a)

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 massimari 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 dei 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.