Allegato n. 2

**ATTIVITA’ PROGRAMMATA DEL VOLONTARIATO**

**DICHIARAZIONE SOTTOSCRITTA DAL LEGALE RAPPRESENTANTE DELL’ORGANIZZAZIONE DI VOLONTARIATO IN MERITO ALL’ATTIVITA’ PROGRAMMATA**

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in qualità di legale rappresentante, dell’organizzazione di

volontariato denominata\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARA

Che la predetta Organizzazione si propone di realizzare presso la UOC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AST FERMO le seguenti attività di volontariato per l’anno 2023 (indicare quale tra quelle previste dalla lett. a alla lett. e – art. 2 dell’avviso di manifestazione di interesse):

1. Sostegno umano, pratico, morale ed assistenza ai pazienti, nel rispetto delle direttive generali e delle indicazioni del Direttore del Servizio e del personale sanitario;
2. Accoglienza di pazienti e caregiver in day hospital oncologico con supporto all’orientamento degli stessi, all’informazione e facilitazione delle interazioni con il personale medico ed infermieristico;
3. Sostegno socio-assistenziale ed umano rivolto ai pazienti, con particolare riferimento all’attività ludico-ricreativa;
4. Realizzazione di programmi di servizi in caso di situazioni di emergenti bisogni.

Eventuali modalità aggiuntive di esecuzione:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per la realizzazione delle attività sopra descritte l’Organizzazione di volontariato si avvarrà della collaborazione di circa n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ volontari che si renderanno disponibili nei giorni e nelle ore di seguito elencati:

Lunedì dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Martedì dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mercoledì dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Giovedì dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Venerdì dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sabato dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domenica dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma legale rappresentante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eventuali variazioni dei dati sopra riportati dovranno essere comunicati con tempestività all’URP Area Vasta n. 4 – Fermo tel. 0734-6252801 email: [pierpaolo.pierleoni@sanita.marche.it](mailto:pierpaolo.pierleoni@sanita.marche.it) / [urp.fm@sanita.marche.it](mailto:urp.av4@sanita.marche.it)

Per gli anni successivi al primo, analoga dichiarazione va resa all’Ufficio Relazioni con il Pubblico.