



Allegato n. 3

Domanda da prodursi entro il

SPETT.LE AST ASCOLI PICENO
U.O.C DIREZIONE AMMINISTRATIVA
OSPEDALIERA

Il/La sottoscritto/a.....
Nato/a.....prov.....il.....
Residente.....prov.....In
via/Piazza.....n.....
n. telefonico/cell.....
codice fiscale.....
partita i.v.a.....

In conformità a quanto stabilito dal Regolamento per l'assistenza non sanitaria dell'AST,
CHIEDE
di essere iscritto/a nell'elenco dell'assistenza integrativa privata fornita a titolo oneroso e a tal fine

DICHIARA
di aver preso visione del regolamento A.I.P. e di attenersi a quanto ivi disposto consapevole che, eventuali comportamenti difformi, daranno luogo alla cancellazione dall'elenco.

DICHIARA ALTRESI'

Di esonerare l'Ast di Ascoli Piceno

- 1) da ogni responsabilità di natura civile e/o risarcitoria per infortuni e/o malattie professionali che il sottoscritto possa subire in conseguenza e/o a causa del servizio di assistenza non sanitaria presso le UUOO di degenza del P.U.O. della AST AP;
- 2) da ogni responsabilità di natura civile e/o risarcitoria per responsabilità civile verso terzi per attività espletate dal sottoscritto in occasione del servizio di assistenza non sanitaria presso le UUOO di degenza del P.U.O. della AST AP.

li.....

Firma.....



Il sottoscritto/a presta il consenso alla raccolta e alla memorizzazione dei dati forniti consapevole di poter accedere ai propri dati personali chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o il blocco (D.Lgs. n. 196/2003 – GDPR 2016/679).

Firma.....

Allegati:

- 1. copia documento identità**
- 2. copia polizze assicurazione (RCT e infortuni)**
- 3. foto formato tessera**
- 4. certificato di attribuzione partita I.V.A.**
- 5. attestazione regolarità permesso di soggiorno (per i cittadini stranieri)**
- 6. certificato idoneità psicofisica**



Allegato n. 4

Domanda da prodursi entro il

AST AP
U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA
OSPEDALIERA

La Ditta.....
Ragione Sociale.....
Sede.....Via/Piazza.....n.....
In persona del legale rappresentante p.t.
n. telefonico/cell.....
codice fiscale.....
partita i.v.a.....

In conformità a quanto stabilito dal regolamento AIP dell'AST, chiede di essere iscritto/a nell'elenco dell'assistenza integrativa privata e a tal fine

DICHIARA

di aver preso visione del Regolamento per l'Assistenza non sanitaria e di attenersi a quanto ivi disposto consapevole che, eventuali comportamenti difforni, daranno luogo alla cancellazione dall'elenco.

DICHIARA ALTRESI'

Di esonerare l'Ast di Ascoli Piceno

- 3) da ogni responsabilità di natura civile e/o risarcitoria per infortuni e/o malattie professionali che il sottoscritto o suoi dipendenti /collaboratori possano subire in conseguenza e/o a causa del servizio di assistenza non sanitaria presso le UU00 di degenza del P.U.O. della AST AP;
- 4) da ogni responsabilità di natura civile e/o risarcitoria per responsabilità civile verso terzi per attività espletate dal sottoscritto e/o suoi dipendenti /collaboratori in occasione del servizio di assistenza non sanitaria presso le UU00 di degenza del P.U.O. della AST AP.

li..... Firma.....

Il Legale rappresentante della Ditta / Soc. presta il consenso alla raccolta e alla memorizzazione dei dati forniti consapevole di poter accedere ai propri dati personali chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o il blocco (D.Lgs. n. 196/2003, GDPR 2016/679).



Firma.....

Allegati:

- 1. Elenco operatori iscritti**
- 2. Copie polizze di assicurazione per ciascun iscritto o cumulativa (RCT e Infortuni)**
- 3. Foto formato tessera per ciascun iscritto**
- 4. Certificato di idoneità psicofisica per ciascun iscritto**
- 5. attestazione regolarità permesso di soggiorno (per i cittadini stranieri)**
- 6. copia documenti identità di ciascun iscritto.**