Allegato n. 1

Spett.le ASUR MARCHE -AREA VASTA 4

Via Zeppilli 18 63900 Fermo

PEC: [areavasta4.asur@emarche.it](mailto:areavasta4.asur@emarche.it)

# **OGGETTO:** “AVVISO· PUBBLICO ESPLORATIVO FINALIZZATA ALL’ ACQUISIZIONE DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE DELLE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO PER LA MESSA IN DISPONIBILITA' DI PERSONALE VOLONTARIO, PER LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ DI SOSTEGNO Al PAZIENTI"



Nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titolare/Legale rappresentante/Presidente dell'Associazione/Organizzazione di Volontariato denominata\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C. Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede nel Comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_







-presa visione delle condizioni riportate nella manifestazione di interesse di cui all'oggetto e accettato il contenuto dello stesso,

# DICHIARA DI MANIFESTARE INTERESSE ALLA PARTECIPAZIONE DELL' AVVISO IN OGGETTO

-ed a tal fine, consapevole delle sanzioni penali applicabili in caso di false dichiarazioni, sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/00, e s.m.i

# DICHIARA

1. di aver preso visione del1'avviso e di accettarne integralmente il contenuto;
2. di condividere le finalità di solidarietà sociale che l'Azienda Sanitaria si prefigge;

e) di essere in possesso dei requisiti di cui all'art 1 dell'avviso;

1. di essere in possesso della polizza/e di cui all'art *7* dell'avviso;
2. di essere consapevole che l'Avviso di Manifestazione d'interesse non costituisce necessariamente impegno per l'ASUR MARCHE AV4 per l'instaurazione di futuri accordi contrattuali;

f) di garantire che l'erogazione dell'attività sarà effettuata a cura dei personale con idoneo profilo professionale;

1. di garantire che il servizio sarà effettuato secondo le modalità riportate nell'Avviso;
2. di accettare che le prestazioni saranno erogate a titolo completamente gratuito;
3. di garantire che il personale volontario messo a disposizione sia in possesso delle cognizioni tecnico/pratiche richieste per l'esecuzione delle attività da effettuarsi;
4. di manifestare la propria disponibilità ad operare, per le attività di cui all'art.2 dell'avviso ed indicate all'allegato 2), presso le strutture del Presidio Ospedaliero.
5. di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
6. di riconoscere e accettare che le attività di cui al presente avviso comportano il trattamento di dati personali per conto del Titolare; per tale motivo l'associazione sarà designata quale Responsabile

del Trattamento dei dati nel rispetto dei principi e degli obblighi previsti dal Regolamento UE n.2016/679 (GDPR) e dalla vigente normativa nazionale in materia dì protezione dei dati personali, con particolare riferimento alle disposizioni di cui all'art. 28 GDPR.

Allega:

* 1. Certificazione /decreto comprovante l'iscrizione al Registro unico del Terzo settore;
  2. Statuto dell'Associazione di volontariato per la verifica della coerenza rispetto alle attività previste dall'avvìso;
  3. Documento d'identità, in corso dì validità del Presidente/Legale Rappresentante dell'Associazione di volontariato;

Firma del Titolare/Legale rappresentante/Presidente

del!'Associazione/Organizzazione di Volontariato