**MODELLO A**

Al Direttore Generale

AOOR Villa Sofia-Cervello

Viale Strasburgo, 233

90146 PALERMO

Oggetto: Richiesta di partecipazione al Comitato Consultivo Aziendale di cui all'art. 9, commi 8 e 9, della Legge Regionale 14 aprile 2009 n.5 e secondo le disposizioni attuative dell'art. 7 del Decreto 15 aprile 2010, n.001019 dell'Assessorato della Salute

Il/Lasottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a Il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapiti telefonici \_

e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

In qualità di Legale Rappresentante

 dell'Organizzazione/Associazione di volontariato e tutela dei diritti degli utenti del settore sanitario e socio-sanitario, denominata

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

 dell'Organizzazione/Associazione rappresentativa degli operatori del settore sanitario e socio sanitario, denominata

. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale - Partita IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sede Sociale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sede Operativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iscrizione al Registro Generale regionale delle Organizzazioni di Volontariato di cui all'art. 6 della L.R. 7 giugno 1994 n. 22:

 Sì, indicare n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e data della Delibera Regionale

 No, indicare in quale data l'iscrizione è stata richiesta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Preso atto dell'Avviso pubblicato sul sito da codesta Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" con la presente il/la sottoscritto/a

CHIEDE

Alla S.V. che la predetta Associazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ che opera nell'ambito territoriale di riferimento di codesta AOOR Villa Sofia-Cervello sia ammessa a partecipare al Comitato Consultivo Aziendale.

A tal fine il/la sottoscritto/a dichiara che:

* Il numero degli iscritti o degli aderenti dell'Organizzazione/Associazione è \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Le principali finalità statutarie sono relative ad attività di volontariato e/o tutela dei malati e degli utenti del settore sanitario e/o socio-sanitario o di rappresentanza e tutela degli operatori del settore sanitario e/o socio sanitario;

Trascrivere la parte di rispettiva appartenenza:

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

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

Si fa presente che l’Associazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (barrare la voce che interessa)

 ha fatto parte del CCA in scadenza;

 non ha prestato richiesta di inserimento precedentemente;

 ha presentato richiesta di inserimento in occasione della passata selezione ma non è stata inserita per i seguenti motivi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a delega a rappresentare l'Associazione nel Comitato Consultivo dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo

Il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in via \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. CAP \_\_\_\_\_\_

Recapiti telefonici

Email

Allega alla presente istanza i seguenti documenti:

1. Copia dell’Atto costitutivo;
2. Copia dello Statuto;
3. Relazione sulle principali attività svolte dall’Associazione;
4. Dichiarazione sostitutiva di notorietà, di cui all’allegato n° 1.

Palermo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Il/La Dichiarante

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

**INFORMATIVA PRIVACY**

La informiamo che i dati forniti con il presente modulo saranno trattati dai soli uffici interessati esclusivamente per le finalità connesse con la presente istanza.

Consenso al trattamento dei dati:

Il/la sottoscritto/a, consapevole che il trattamento potrà riguardare sia i dati personali che i dati sensibili ex art.4, lett.b) e d) D. Lgs.196/2003 presta il proprio consenso al fine dello svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa consapevole che il mancato consenso comporterà l'impossibilità di dar seguito alla istanza

 Il/La Dichiarante

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

**MODELLO B**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**

**(art . 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Recapiti telefonici \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, richiamate dall’art. 76 DPR 28.12.200. n. 445, nella qualità di Presidente o Delegato legale rappresentante dell’Associazione / Organizzazione, ed in riferimento alla medesima

DICHIARA:

che il numero degli iscritti o degli aderenti e/o la diffusione nell'ambito territoriale di riferimento dell'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello di Palermo è (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 di rappresentare legalmente

**(1).** un’organizzazione o associazione no profit e/o organismo di volontariato ai sensi della legge 11 agosto 1991, n. 226 , "legge quadro sul volontariato" e della legge regionale 7 giugno 1994, n. 22;

**(2).** un’organizzazione o associazione di tutela dei diritti degli utenti del settore sanitario e socio-sanitario o un’organizzazione o associazione rappresentativa degli operatori del settore sanitario e socio sanitario.

***(Segnare con una X il numero di riferimento)***

che le principali finalità statutarie sono relative ad attività di:

**(1).** volontariato e/o tutela dei malati e degli utenti nel settore sanitario e/o sociosanitario;

**(2).** rappresentanza e tutela degli operatori del settore sanitario e socio sanitario.

***(Segnare con una X il numero di riferimento)***

Che, in ossequio ai principi richiamati rispettivamente dai commi 5 e 6 dell'art. 8 del Regolamento di cui al DA n.1874 del 21 settembre 2012:

Il/La Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indicato/a a rappresentare l'Associazione/Organizzazione nel Comitato Consultivo dell'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello di Palermo non cumula delega di rappresentanza e/o incarichi in altri Comitati Consultivi delle Aziende sanitarie siciliane. L'Associazione/Organizzazione di cui il/la dichiarante è rappresentante legale assicurerà comunque il proprio contributo effettivo alle attività del Comitato Consultivo Aziendale, tramite la persona ora delegata ovvero con altra da nominare successivamente, in caso di impossibilità della prima o suo sopravvenuto conflitto di interessi, in qualsiasi momento.

Il sottoscritto dichiara inoltre, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. /96 del 30 giugno 2003, di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito de! procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(Luogo e data)

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

 Il/La dichiarante

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

La presente dichiarazione non va autenticata e sostituisce in via definitiva, per tutti gli effetti, i certificati richiesti o destinati alle pubbliche amministrazioni, ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.