**Al Direttore Generale**

**Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo**

Via G. Cusmano, 24 - 90141 - Palermo PA

Istanza di partecipazione al Comitato Consultivo Aziendale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo

(ex art.7 D.A. n.01019 del 15 aprile 2010)

**( NON MODIFICARE IL MODULO E COMPILARE A STAMPATELLO O A MACCHINA)**

Il/la sottoscritto/a in qualità di della

[ ] Organizzazione/Associazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_di

volontariato e tutela dei diritti degli utenti del settore sanitario e socio-sanitario
[ ] Organizzazione/Associazione rappresentativa

degli operatori del settore sanitario e socio-sanitario,

Codice fiscale/Partita IVA

Sede sociale

Sede operativa

Telefono Fax e-mail

Iscrizione al Registro generale regionale delle Organizzazioni di volontariato di cui all'art.6 della L.R. 7 Giugno 1994, n. 22 (requisito non obbligatorio):

[ ] SI, indicare n° e data della Delibera Regionale

[ ] NO (indicare in quale data l'iscrizione é stata richiesta \_)

Visto il D.A. 15 aprile 2010 n.01019/10, pubblicato sulla G.U.R.S. n°22 del 7

Maggio 2010, con la presente il/la sottoscritto/a chiede che la

Organizzazione/Associazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

venga ammessa a partecipare al Comitato Consultivo Aziendale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo e fornire il proprio contributo allo svolgimento delle attività e delle funzioni di cui all'ari. 2 del citato decreto.

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

* il numero degli iscritti o degli aderenti dell' Organizzazione/Associazione è di

n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_unità;

* le principali finalità statutarie son 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;
* la diffusione sul territorio Organizzazione/Associazione è

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

Si allegano:

* copia dello statuto,
* copia dell'atto costitutivo,
* relazione delle principali attività svolte,
* copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscritto.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Timbro dell 'Associazione/Organizzazione

Informativa ai sensidell'art. 13 del Regolamento europeo 2016/679:

La informiamo che i dati fomiti con il presente modulo saranno trattati nel pieno rispetto della normativa sopra richiamata, del segreto professionale e degli
obblighi di riservatezza ai quali è tenuto tutto il personale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo.

Il trattamento dei dati avverrà mediante strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato anche attraverso strumenti informatici.

II trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dal
Regolamento europeo. I dati saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

Consenso al trattamento dei dati:Il/la sottoscritto/a 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.

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_