

Allegato 1

Spett.le

Azienda Ospedaliero – Universitari di Parma

Via Gramsci, 14

43126 Parma

c.a. *Struttura Complessa Affari Generali*

OGGETTO: “Domanda di partecipazione all’avviso di manifestazione di interesse, diretto ad organizzazioni di volontariato, per svolgere attività, gratuita e a carattere non sanitario, di supporto a favore di pazienti in età pediatrica in cura presso l’Azienda Ospedaliero – Universitaria di Parma, e loro familiari”.

Il/La sottoscritto/a, nella qualità di Legale Rappresentante della Organizzazione di volontariato, in relazione all’Avviso pubblico di Manifestazione di interesse di cui all’oggetto, pubblicato sul sito web aziendale, con la presente richiesta intende inviare la domanda di partecipazione dell’Organizzazione sopra indicata alla procedura ad evidenza pubblica.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti di cui al D.P.R. n. 445/2000 e ss. mm., consapevole delle responsabilità derivanti dall’aver reso dichiarazioni mendaci,

DICHIARO

1) che i dati identificativi dell’Organizzazione di volontariato, da me rappresentata, sono:

a) denominazione: _____;

b) sede legale e riferimenti:

Via/Piazza _____, n. ____ CAP _____ Città _____;

indirizzo PEC _____ @ _____;

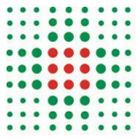
indirizzo E- MAIL _____ @ _____;

C.F. _____;

c) attività principale (come da Codice ATECO e/o da Statuto) _____

_____;

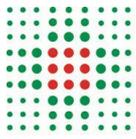
d) attività secondarie: _____;



- e) n. _____ iscrizione nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (Runts);
- f) recapiti telefonici: tel: _____;
- 2) di aver preso visione dei contenuti dell'Avviso pubblico di indizione della procedura pubblica in oggetto e di accettarne integralmente le condizioni;
 - 3) di essere in possesso – ai fini della partecipazione alla procedura ad evidenza pubblica – dei requisiti previsti dall'Avviso pubblico;
 - 4) di impegnarsi a comunicare qualsiasi modificazione relativa all'ODV dal sottoscritto rappresentata;
 - 5) di eleggere domicilio, ai fini della presente procedura, presso il luogo indicato nella presente domanda e di accettare che le comunicazioni formali avverranno esclusivamente a mezzo PEC o all'indirizzo indicato nella presente domanda;
 - 6) di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 e ss. Regolamento UE n. 679/2016 (G.D.P.R.), relativo alla protezione dei dati personali, come riportata nell'Avviso pubblico per la selezione in oggetto, e di acconsentire al trattamento dei dati forniti per gli adempimenti connessi alla presente procedura;
 - 7) di impegnarsi a garantire la riservatezza in ordine alle informazioni, alla documentazione e a quant'altro venga a conoscenza nel corso del procedimento;
 - 8) di impegnarsi a garantire, in caso di stipula di convenzione in esito al presente avviso, in qualità di “Responsabile del Trattamento” ai sensi dell'art. 28 del Regolamento UE n. 679/2016, l'adozione di misure tecniche ed organizzative adeguate, in grado di assicurare che il trattamento dei dati personali sia conforme alla normativa in materia di protezione dati e garantisca la tutela dei diritti dell'interessato;
 - 9) di esprimere la propria disponibilità ed interesse a prestare la propria attività presso i reparti dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Parma indicati nell'Avviso.

A tal fine allega:

- Dichiarazione sostitutiva, sotto forma di atto notorio e di certificazione, inerente il possesso dei requisiti previsti per partecipare alla procedura, secondo il modulo previsto (*allegato 2*);
- Documento di identità, **in corso di validità**, del legale rappresentante;
- Proposta di collaborazione per l'ambito di attività indicato in avviso, secondo il modello allegato (*allegato 3*);
- Statuto dell'Organizzazione.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma

Lì, _____,...../...../.....

(Nome e Cognome per esteso e leggibile)

Firma _____