

Al Direttore Generale
dell' **ASL Napoli 3 Sud**
relazionipubbliche@pec.aslnapoli3sud.it

Oggetto: **Richiesta di Iscrizione all'Albo dei Volontari Civici**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ___/___/___

residente a _____ via _____

n. _____ CAP _____

recapiti telefonici _____

e-mail (*preferibilmente P.E.C.*) _____

titolo di studio _____

professione esercitata _____

competenze professionali _____

altre competenze acquisite nell'arco della vita _____

se è iscritto/a ad associazioni indicare quali _____

se ha già prestato opera di volontariato indicare in che campo _____

OFFRE

la propria disponibilità a svolgere attività di volontariato per l'ASL Napoli 3 SUD

CHIEDE

l'iscrizione all'Albo dei Volontari Civici istituito con Delibera del Direttore Generale n. _____
del _____

DICHIARA A RIGUARDO

- 1) Di essere interessato/a a svolgere l'opera di volontariato presso la UOC _____
- 2) Di essere disponibile a prestare servizio come Volontario Civico in linea di massima nelle giornate di:
- Lunedì Martedì Mercoledì Giovedì Venerdì Sabato Domenica
- nelle seguenti fasce orarie:
- Mattino Pomeriggio Sera
- nel seguente periodo:
- tutto l'anno
- nei mesi di _____
-

E NEL CONTEMPO DICHIARA

consapevole che in caso di falsa dichiarazione incorrerà in sanzioni penali previste, ai sensi dell' art. 76 del D.P.R. 445/2000:

- di aver preso visione e accettato incondizionatamente e integralmente il "Regolamento per il servizio di volontariato nelle strutture e nei servizi dell'ASL Napoli 3 SUD";
- di non aver avuto e di non avere in corso condanne e/o procedimenti penali incidenti negativamente nelle relazioni con la Pubblica Amministrazione o potenzialmente lesivi dell' immagine della Pubblica Amministrazione;
- di essere munito di regolare permesso di soggiorno in corso di validità (per i cittadini extracomunitari)
- di svolgere le attività di volontariato esclusivamente per fini di solidarietà, a titolo gratuito e senza alcun carattere di prestazione lavorativa dipendente o professionale;
- di accettare di operare in forma coordinata con il Responsabile del Servizio nell' ambito dei programmi impostati dall' Amministrazione assicurando l' adeguata continuità dell' intervento per il periodo di tempo stabilito ed essendo disponibile alle verifiche concordate;
- di impegnarsi ad operare nel rispetto dell' ambiente e delle persone a favore delle quali viene svolta l' attività;

(Firma del Richiedente)

In ottemperanza al Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali (*che abroga la direttiva 95/46 CE garante privacy e sostituisce il codice privacy italiano D.Lgs 196/2003*) l' ASL Napoli 3 Sud garantisce la massima riservatezza nel trattamento dei dati forniti.

Il/La sottoscritto/a esprime ai sensi e per gli effetti del Regolamento EU 2016/679 il proprio consenso all' utilizzo dei dati personali e sensibili ai fini istituzionali.

(Firma del Richiedente)

Allega

- fotocopia del documento di' identità del richiedente da cui si possa riconoscere la firma.
- Fotografia formato tessera.