

**ELENCO DEGLI ASSOCIATI CHE PRESTERANNO ATTIVITÀ DI  
VOLONTARIATO PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA  
INTEGRATA VERONA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, in qualità di Legale Rappresentante  
dell'Organizzazione di volontariato denominata \_\_\_\_\_,

**DICHIARA**

che presteranno attività di volontariato, presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria  
Integrata Verona, le seguenti persone:

<b>N.</b>	<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Indirizzo</b>	<b>Tel.</b>	<b>Ruolo in seno alla Organizzazione(*)</b>
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					
23.					
24.					
25.					

(\*) Presidente, Segretario, Tesoriere, Responsabile, Volontario ecc.

## DICHIARA

altresì che tra i soggetti sopra indicati sono in possesso del titolo formativo prescritto dall'art. 10 del Regolamento per la disciplina delle attività di volontariato presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona i signori:

N.	Cognome	Nome	Tipo di corso frequentato (soggetto promotore, durata, contenuti, test finale)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			

## S'IMPEGNA

a nome dell'Organizzazione che rappresenta ad assicurare la partecipazione degli altri aderenti, entro i primi dodici mesi dalla sottoscrizione della convenzione, ad uno dei corsi formativi indicati al citato art. 10 del Regolamento.

Verona, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**Eventuali variazioni dei dati sopra riportati dovranno essere comunicate con tempestività all'Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'Azienda, tel. 045.8122178**