

**DOMANDA DI RINNOVO DELLA CONVENZIONE PER LO
SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' DI VOLONTARIATO PRESSO L'AZIENDA
OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA**

Spett.le
**Azienda Ospedaliera Universitaria
Integrata Verona**
P.le A. Stefani, 1
37126 - VERONA

Il/La sottoscritto/a _____, nat _ a _____ il _____, in qualità di legale rappresentante dell'organizzazione di volontariato denominata _____, forma giuridica _____, con sede legale in _____, cap _____, Via _____, Prov. _____, Tel. _____, Fax _____, e-mail _____, CF _____, iscritta dal _____ nel Registro regionale delle organizzazioni di volontariato della Regione _____ al nr. _____.

PREMESSO

- di avere preso visione del "Regolamento per la disciplina delle attività di volontariato", approvato con Deliberazione n. 2031 del 31.12.2008, e ss. mm. ii.;
- di avere stipulato con codesta spett.le Azienda in data _____ apposta convenzione per lo svolgimento di attività di volontariato, con scadenza il _____;
- di essere a tutt'oggi in possesso dei prescritti requisiti per la prosecuzione dell'attività.

CHIEDE

- Di rinnovare la convenzione predetta.

ALLEGA

- a) Copia dello Statuto/Atto costitutivo dell'Organizzazione¹;
- b) copia della nota della competente Direzione Regionale attestante la conferma della iscrizione al Registro regionale delle organizzazioni di volontariato²;
- c) elenco dei soggetti che presteranno servizio di volontariato presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata - Verona, con annessa dichiarazione concernente il loro percorso formativo, compilato secondo l'allegato Modello n. 1;
- d) scheda di descrizione dell'attività che l'Organizzazione andrà a svolgere, redatta secondo l'allegato Modello n. 2;
- e) scheda di descrizione delle strutture, attrezzature e mezzi impiegati per lo svolgimento dell'attività, nonché degli orari e dei giorni di apertura della segreteria, ed elenco delle prestazioni specializzate di terzi, redatti secondo l'allegato Modello n. 3;
- f) dichiarazione attestante l'impegno, in caso di accettazione della presente richiesta, a produrre copia delle polizze assicurative di cui all'art. 4 della Legge 266/91, compilata secondo l'allegato Modello n. 4;
- g) preventivo dei costi connessi con lo svolgimento dell'attività presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona, debitamente sottoscritto (in caso di richiesta di rimborso spese);
- h) copia non autenticata di un proprio documento di identità personale, in corso di validità.

Distinti saluti.

Verona, _____

Firma _____

**Eventuali variazioni dei dati sopra riportati dovranno essere comunicate con tempestività al
Servizio Affari Generali dell'Azienda, tel. 045.8122211**

¹ Solo se intervenute modifiche rispetto alla documentazione allegata alla richiesta iniziale.

² Se non già trasmessa in precedenza *ex art.* 13, comma 4, del Regolamento.