**Allegato 1**

**RICHIESTA DI ISCRIZIONE AL**

**REGISTRO AZIENDALE DEGLI ENTI DEL TERZO SETTORE**

ALLA DIREZIONE SOCIO SANITARIA

ASST G. PINI-CTO

PIAZZA CARDINAL FERRARI, 1

20156 MILANO

PEC: *protocollo@pec.asst-pini-cto.it*

Il/La sottoscritto/a , nato/a a il

in qualità di legale rappresentante/presidente dell’Ente del Terzo Settore denominato

 , iscritto dal al Registro Unico nazionale del Terzo Settore ( )

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle responsabilità penali ex art. 76 del citato decreto, in caso di dichiarazioni false

**DICHIARA**

* di avere preso visione, accettato i principi e le norme previste nel "Regolamento per la collaborazione tra l’ASST G. Pini-CTO e gli Enti del Terzo Settore;
* di essere consapevole delle modalità con le quali l’attività di volontariato deve essere prestata ai sensi dell’art. 17, del D.lgs. n. 117/2017;
* di aver stipulato polizza assicurativa contro gli infortuni e le malattie connesse allo svolgimento dell'attività' di volontariato, nonché' per la responsabilità civile verso i terzi per i volontari dell’Ente del Terzo settore, nei termini previsti dall’art. 18 del D.lgs n. 117/2017;
* di non versare in situazioni di incompatibilità e/o di potenziale conflitto di interesse, e di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali situazioni di incompatibilità e/o conflitto di interesse, anche potenziale, che dovessero insorgere;

**CHIEDE**

l’iscrizione nel Registro Aziendale delle Associazioni e, a tal fine, allega:

* + - documento identificativo del legale rappresentante/presidente dell’Ente del Terzo Settore e dei soggetti che ivi ricoprono incarichi e/o cariche direttive e/o di gestione;
		- dichiarazione attestante i requisiti di moralità del legale rappresentante/presidente dell’Ente del Terzo Settore e dei soggetti che ivi ricoprono incarichi e/o cariche direttive e/o di gestione;
		- copia dell'atto costitutivo e dello statuto dell’Ente del Terzo Settore;
		- copia dell’iscrizione al RUNTS;
		- progetto di collaborazione rispetto al quale viene richiesta l’iscrizione al Registro Aziendale;
		- relazione sulle attività svolte negli anni precedenti;
		- dichiarazione attestante l’elenco dei volontari che intendono operare nelle strutture dell’ASST e con l’indicazione delle eventuali cariche ricoperte all’interno dell’Ente del Terzo Settore;
		- accordo sottoscritto tra ETS e volontari disciplinante i diritti, i doveri e le norma di comportamento;
		- attestazione di frequenza di corsi di formazione.

**DICHIARA**

Scopi e fini dell’ETS (in sintesi) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Organi Statutari: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nominativo del referente per i rapporti con l’ASST: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SI IMPEGNA**

A trasmettere tempestivamente all’ASST eventuali variazioni dei dati sopra riportati.

Con la sottoscrizione apposta in calce alla presente istanza il/la sottoscritto/a autorizza, a norma del vigente normativa, l’Azienda Socio Sanitaria Territoriale G. Pini-CTO di Milano al trattamento dei dati personali per le finalità connesse all’attività di volontariato svolta in ambito ospedaliero e contestualmente a inserire e conservare tutti i predetti dati in archivio elettronico e/o cartaceo e ad utilizzare i medesimi per le finalità connesse alla presente richiesta.

Milano, Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eventuali variazioni dei dati sopra riportati dovranno essere comunicate con tempestività all’Ufficio Relazioni con il Pubblico, ***tel. 02/58296.564 e-mail:*** ***urp@asst-pini-cto.it******;*** ***noprofit@asst-pini-cto.it***