USLUmbria1	**DOMANDA PER** ***Attività di*** ***Assistenza Integrativa Non Sanitaria*** ***nelle Strutture di Degenza dell'Azienda Uslumbria1***		
	PGA Disciplina Assistenza Integrativa Non Sanitaria nelle Strutture di degenza dell'Azienda Uslumbria1		
	MOD01 PGA05	n.rev. : 01	n. pag.: 1 di 1

ALLA DIREZIONE AMMINISTRATIVA Azienda Usl UMBRIA 1

Il/la sottoscritto/a ……

Nato/a……il……

Residente a ……

In via …… N°……Tel ……

Sede legale ……

Recapito Postale……

CHIEDE

di essere inserito/a nell'elenco delle persone/agenzie/cooperative/associazioni autorizzate all'attività di assistenza non sanitaria nell'Ospedale*/Struttura* di :

* è possibile barrare più di una casella

□ Assisi □ Branca □ Castiglion del Lago □ Città di Castello □ CORI di Passignano □ Hospice Santa Margherita □ Ospedale di Comunità Marsciano □Ospedale di Comunità Perugia □ Pantalla □RP Brancaleoni Panicale □ RP S. Sebastiano Panicale □ RSA Città della Pieve □ RSA Seppilli □ Umbertide

A tale scopo allega alla presente domanda:

1. Copia del documento di riconoscimento in corso di validità
2. Copia di polizza assicurativa RCT/RCO con un massimale di trecentomila euro in caso di impresa individuale e di un milione di euro per agenzie e cooperative
3. Copia di polizza assicurativa per infortuni propri durante l'assistenza integrativa
4. Iscrizione alla camera di commercio (per agenzie e cooperative)
5. Iscrizione al registro regionale o provinciale (per associazioni di volontariato)
6. Codice fiscale e/o partita IVA
7. Una foto formato tessera.
8. Autocertificazione carichi pendenti: procedimenti penali in corso o passati in giudicato
9. Dichiarazione della tariffe orarie applicate **IVA esclusa**
10. Dichiarazione da parte del titolare della ditta di non aver legami di parentela o comunque rapporti e/o interessi di qualunque natura con titolari e/o soci di agenzie di onoranze funebri
11. Dichiarazione da parte del titolare della ditta di presa visione e di impegno a dare piena ed integrale applicazione alla procedura per l'esercizio dell'assistenza integrativa non sanitaria nelle unità operative del Presidio, nonché alla normativa vigente in materia di privacy, sicurezza e norme comportamentali;
12. Dichiarazione di esonero della ditta da qualsiasi responsabilità da illecito contrattuale, negligenza, atto illecito, eventuali furti, danneggiamenti o smarrimenti da qualsiasi causa generati, inclusi danni diretti o indiretti, derivanti o correlati all'attività di assistenza integrativa non sanitaria prestata dai propri collaboratori addetti/soci.
13. Lista degli addetti all'assistenza integrativa non sanitaria (solo per agenzie, cooperative e associazioni)
14. Eventuali titoli posseduti attinenti all'attività.

Data ……/……../…… Firma _____