**U.O.C. Servizio di Informazione e Comunicazione Istituzionale**

- Ufficio Staff della Direzione Generale -

**UOS URP**

**UOS Privacy**

**RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO ASSOCIAZIONE DI VOLONTARIATO/**

**ORGANISMO DI TUTELA**

Al Direttore Generale ASL BARI

Lungomare Starita, 6

70132 BARI

Preso atto della Delibera D.G. n. 802 del 27.05.15, attuativa del Regolamento Regionale n. 4 del 10 marzo 2014, il sottoscritto chiede di iscrivere l’Associazione che rappresenta all’Albo delle Associazioni Accreditate ASL BARI:

Denominazione Associazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sigla\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale o Partita IVA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Scopi e fini dell’Associazione (in sintesi)

Sede sociale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sede/i operativa/e\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Presidente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero iscrizione e atto di riferimento:

* RUNTS (D.Lgs. 117/2017)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( )
* Registro del Volontariato (L. 266/91; L. 11/94)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( )
* Registro Regionale delle Associazioni di promozione sociale (L. 383/2001; L.R. 39/2007)\_\_\_\_\_( )
* Elenco Regionale delle O.N.L.U.S. (d.Lgs 460/97)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( )
* Albo Regionale delle Associazioni, dei movimenti femminili e delle cooperative no profit di genere

(L.R. 7/2007; D.G.R. 67 del 31/01/2008\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( )

Inizio attività dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allegano, ai sensi del D.Lgs n. 117 del 2017, Riforma del Terzo Settore:

1 – Atto Costitutivo

2 – Statuto

3 – Numero iscritti

4 – Relazione sulle attività svolte negli ultimi tre anni

5 – Autocertificazione (art. 47 e art. 76 DPR 445 del 28.12.2000) del Legale Rappresentante di non sussistenza delle incompatibilità previste dall’art. 3 c. 3 e dall’art. 4 c. 2 del Regolamento regionale n. 4 del 10.03.2014

6 – Copia documento di identità in corso di validità

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Timbro e Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**U.O.C. Servizio di Informazione e Comunicazione Istituzionale**

- Ufficio Staff della Direzione Generale -

**UOS URP**

**UOS Privacy**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(ART. 46 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N. 445 )

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di Legale Rappresentante dell’Associazione di Volontariato denominata:

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

* di essere in possesso dei requisiti per l’accreditamento e di non incorrere nelle situazioni di conflitto di interessi con l’Azienda previsti dall’art. 3 comma 3 e dall’art. 4 comma 2 del Regolamento regionale n. 4 del 10 marzo 2014
* che i dati riportati nella richiesta di accreditamento al Comitato Consultivo Misto dell’Azienda ASL BARI corrispondono a verità
* di non essere incorso in condanne passate in giudicato per reati contro la P.A. o per reati di natura amministrativa-finanziaria.

Dichiara, inoltre, di essre informato, ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 18 del D.Lgs n. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ai sensi dell’art. 38 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione sottoscritta dall’interessato è inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità in corso di validità del dichiarante