

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

ALLA DIREZIONE AMMINISTRATIVA Azienda UsI 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
 Castiglione del Lago
 Città di Castello
 Pantalla
 Umbertide
 CORI di Passignano
 Hospice Santa Margherita
 RSA Seppilli
 RSA Marsciano
 RP Brancaleoni Panicale
 RP S. Sebastiano Panicale
 RSA Città della Pieve

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 _____