



AVVISO

PER L'ASSISTENZA NON SANITARIA NELLE AREE DI DEGENZA OSPEDALIERE E TERRITORIALI DELL'ASUR AREA VASTA 1

L'Asur Area Vasta 1, con determina del Direttore dell'Area Vasta n. 1 n. 1009 del 22.10.2013 modificata con successiva determina n. 294 del 31.03.2015, ha adottato il regolamento per la disciplina dell'Assistenza non Sanitaria, di seguito denominata ANS, nelle aree di degenza sia ospedaliere che territoriali.

Il testo integrale della suddetta Determina completa del regolamento è stata pubblica e disponibile sul seguente sito: asurzona3.marche.it - sezione news -.

Dal 1 gennaio 2016, sono riconosciute le seguenti modalità di ANS:

- 1) A titolo gratuito, ovvero tramite personale proveniente dal domicilio del degente;
- 2) A titolo oneroso, da parte di soggetti operanti in proprio (liberi professionisti), Cooperative di servizi/sociali, imprese anche individuali;
- 3) Da parte di Associazioni di Volontariato.

I soggetti di cui ai punti 2) e 3) interessati ad ottenere il rilascio dell'autorizzazione, dovranno presentare domanda utilizzando i moduli: Allegato 1; Allegato 1A del suddetto regolamento, che formano parte integrante e sostanziale del presente avviso.

L'autorizzazione rilasciata ha valenza annuale **01 gennaio 2016 - 31 dicembre 2016** e sarà comunicata al soggetto richiedente con provvedimento formale.

Le polizze assicurative da allegare alla domanda di autorizzazione dovranno avere decorrenza: **01 gennaio 2016 - 31 dicembre 2016 (senza semestralità)**

E' necessario presentare due domande distinte qualora lo stesso soggetto intenda ottenere il rilascio dell'autorizzazione sia per il Presidio Ospedaliero di Area Vasta 1 che per le Strutture territoriali dell'Area Vasta 1 (RSA).

Le domande devono essere presentate **entro il 30.11.2015** alla:

**Direzione di Area Vasta 1 Fano
Via Ceccarini, 38
61032 - FANO**

personalmente all'ufficio protocollo oppure tramite servizio postale (raccomandata A.R.). In tale caso la data di spedizione sarà comprovata dal timbro data dell'ufficio postale accettante.

Il presente avviso è pubblicato sul sito: www.asurzona3.marche.it - sezione Albo Pretorio Informatico .

Per ogni ulteriore informazione, i soggetti interessati potranno rivolgersi a: Dott.ssa Antonella Magi telefono n. 0722/760.359, e-mail: antonella.magi@sanita.marche.it oppure Sig.ra Antonella Ubaldi tel n.0722/301.390

LA DIREZIONE AMMINISTRATIVA
OSPEDALIERA AREA VASTA 1
Dott. Francesco Angioni

all'elenco delle persone autorizzate all'Assistenza non Sanitaria (A.N.S.)
nelle aree di degenza dei Presidi Ospedalieri/RSA dell' ASUR - Marche – Area Vasta n. 1

Alla Direzione Amm.va

Presidio Ospedaliero di.....

Alla Direzione del Distretto Sanitario

di

Il /la sottoscritto/a.....
nato/a a.....il.....
residente a.....Via.....n°.....
CAP.....recapito telefonico.....
Codice fiscale.....
in qualità di libero/a professionista presidente titolare legale rappresentante della Ditta
individuale della Cooperativa di Servizi/Sociale Agenzia dell'Organizzazione di Volontariato
denominata.....
con sede in.....Via.....n°.....
CAP.....recapito telefonico.....e-mail/PEC.....
Partita IVA.....Codice Fiscale.....

CHIEDE

di essere inserito/a nell'elenco delle persone autorizzate all'Assistenza non Sanitaria dell'Ospedale di
Urbino Cagli Sassocorvaro Fossombrone Pergola

/della R.S.A. di.....

di inserire nell'elenco delle persone autorizzate all'Assistenza non Sanitaria dell'Ospedale di

Urbino Cagli Sassocorvaro Fossombrone Pergola

/della R.S.A. di.....

il/la seguente socio/a dipendente operatore/operatrice della suddetta.....

Signor/a.....

nato/a a.....il.....

residente a.....Via.....n°.....

CAP.....recapito telefonico.....

domiciliato/a a.....Via.....n°.....

Codice fiscale.....

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. N. 445/2000 e ss. mm. e ii., consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. per le falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere (art. 75 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

di prestare assistenza a pagamento;

di essere volontario/a e prestare assistenza gratuita a carattere non occasionale;

di conoscere e accettare le norme che regolano il servizio di assistenza non sanitaria presso gli ospedali e le RSA dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale - Marche – Area Vasta Territoriale n. 1 , ai sensi del Regolamento adottato con Determina del Direttore di Area Vasta Territoriale n. 1 N° 1009/AVI in data 22/10/2013 e degli atti interni della medesima;

di impegnarsi a rispettare scrupolosamente dette norme in tutte le sue parti;

che ogni eventuale variazione, cessazione, cancellazione verrà comunicata entro 15 giorni dall'avvenuta variazione, cessazione, cancellazione;

di essere informato/a e prestare il consenso, ai sensi e per gli effetti del decreto legislativo 30/06/2003 n. 196 ed eventuali successive modificazioni, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito per il quale la presente dichiarazione viene resa.

di liberare

l'Azienda Sanitaria Unica Regionale – Marche – Area Vasta Territoriale n. 1:

- 1) da ogni responsabilità di ordine civile e risarcitorio per infortuni e/o malattie professionali che il sottoscritto e/o i suoi dipendenti/soci/operatori possano subire in conseguenza e/o a causa del servizio di assistenza non sanitaria presso le strutture sanitarie della A.S.U.R. - Marche – Area Vasta Territoriale n. 1;
- 2) da ogni responsabilità di ordine civile e risarcitorio per responsabilità civile verso terzi per attività espletate dal sottoscritto e/o i suoi dipendenti/soci/operatori ai fini e/o in occasione del servizio di assistenza non sanitaria presso le strutture sanitarie della A.S.U.R. – Marche – Area Vasta Territoriale n. 1.

di allegare:

dichiarazione comprovante di non avere riportato eventuali condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso

dichiarazione comprovante l'iscrizione all'Albo Regionale delle Cooperative di Servizi/Sociali

dichiarazione comprovante l'iscrizione alla Camera di Commercio I.A.A. , e/o dichiarazione

comprovante il possesso del N° di Partita IVA Apertura della Partita IVA

dichiarazione comprovante l'iscrizione al registro delle imprese

dichiarazione comprovante l'iscrizione al registro regionale delle organizzazioni di volontariato

dichiarazione di buona conoscenza della lingua italiana

certificato di idoneità psicofisica

copia polizza assicurativa per responsabilità civile verso terzi (massimale minimo €. 1.000.000,00 (un milione)

copia polizza assicurativa per infortuni propri : € 150.000,00 per morte; € 250.000,00 per invalidità permanente;

(Per assicurazioni RCT e Infortuni:

la Copertura di rischio deve essere: Assistenza ospedaliera e domiciliare a pagamento a carattere non sanitario)

foto formato tessera n. _____ (1 per il cartellino dell'A.N.S. + 1 per domanda ad ogni Ospedale/RSA)

fotocopia (fronte e retro) di un valido documento di identità firmata dall'interessato/a

in caso di Agenzia, Cooperativa, Associazione di Volontariato è necessaria la fotocopia del documento di identità

del legale rappresentante e dell' operatore/operatrice che si iscrive

documentazione attestante la regolarità di Soggiorno nel territorio italiano

In fede.

..... li.....

Firma libero professionista/titolare/presidente

Firma dipendente/operatore/socio

Spazio riservato alla Direzione Amministrativa dell'Ospedale o R.S.A.

Documento d'identità.....

Si consegna il cartellino di riconoscimento n.

Data

La Direzione Amministrativa

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 art. 46)

NON SOGGETTA AD AUTENTICAZIONE – ESENTE DA BOLLO (D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, n. 445, art. 37, c. 1)

Il / La sottoscritto /a
 nato /a a, il
 residente nel Comune di, Via, n
 Codice fiscale
 in qualità di legale rappresentante della (Forma giuridica)
 denominata
 con sede a (.....), CAP, vian.....
 ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e ss. mm. ed ii., consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. per falsità in atti e dichiarazioni, ferma restando, a norma del disposto dell'art. 75, dello stesso D.P.R. n. 445/2000, nel caso di dichiarazione non veritiera, la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti e sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA

(barrare con la X le sole caselle interessate)

- 1 di non aver riportato condanne penali e di non essere a conoscenza di eventuali procedimenti penali in corso
- 2 di essere iscritto al Registro delle Imprese della C.C.I.A. din.dal.....
- 3 di essere iscritto all'Albo Regionale delle Cooperative di in data/...../.....
- 4 di essere in possesso del seguente numero di Partita I.V.A.
 e che la suddetta partita I.V.A è attiva
 con inizio di attività presentata all'Agenzia delle Entrate in data/...../.....
 che l'Associazione è iscritta nel registro delle Associazioni di volontariato
 5 di..... in data/...../.....
- 6 di essere informato/a e prestare il consenso, ai sensi e per gli effetti del decreto legislativo 30/06/2003 n 196 e successive modificazioni, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito per il quale la presente dichiarazione viene resa.

La presente dichiarazione viene resa per i numeri
, il/...../.....

IL / LA DICHIARANTE

N.B.: si allega fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità