



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 2014, 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. Si precisa che i rapporti con le Associazioni di volontariato accreditate sono regolate da specifiche convenzioni.

I soggetti di cui ai punti 2) 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, debitamente compilate in ogni singola parte.

L'autorizzazione rilasciata ha valenza annuale **01 gennaio 2018- 31 dicembre 2018** e sarà comunicata al soggetto richiedente con provvedimento formale.

Al momento della presentazione della domanda è necessario essere in possesso dei requisiti e produrre i documenti di seguito elencati

Per i singoli soggetti operanti in proprio:

- 1) Essere cittadino italiano, ovvero in caso di cittadino straniero essere in regola con le norme che regolano il soggiorno sul territorio italiano;
- 2) Età compresa tra 18 e 67 anni;
- 3) Certificato di idoneità psicofisica;
- 4) Dichiarazione da rendere mediante autocertificazione ai sensi del D.P.R 28 dicembre 2000 art. 46, in ordine ai seguenti fatti e stati:
 - Eventuali condanne penali riportate e conoscenza di eventuali procedimenti penali in corso;
 - Apertura di partita I.V.A.;(tipo di attività 960909)
 - Polizza assicurativa di responsabilità civile verso terzi con un massimale di almeno €. 1.000.000 (un milione di euro);
 - Polizza assicurativa a garanzia del rischio infortuni con massimale di almeno €. 150.000 in caso morte e di almeno €. 250.000 in caso di invalidità permanente.
- 5) Fotografie formato tessera.

Per le cooperative di servizi/sociali:

- 1) Indicazione nella domanda del nominativo del legale rappresentante dell'attività;
- 2) Elenco nominativo di tutti gli operatori/collaboratori
- 3) Essere cittadino italiano, ovvero in caso di cittadino straniero essere in regola con le norme che regolano il soggiorno sul territorio italiano;
- 4) Età degli operatori/collaboratori compresa tra 18 e 67 anni;
- 5) Certificato di idoneità psicofisica di tutti gli operatori/collaboratori;
- 6) Dichiarazione da rendere mediante autocertificazione ai sensi del D.P.R 28

dicembre 2000 art. 46, in ordine ai seguenti fatti e stati:

- Iscrizione all'Albo Regionale delle Cooperative sociali;
- Eventuali condanne penali riportate e conoscenza di eventuali procedimenti penali in corso del legale rappresentante e di tutti gli operatori/ collaboratori;
- Apertura di partita I.V.A;
- Polizza assicurativa di responsabilità civile verso terzi con un massimale di almeno €. 1.000.000 (un milione di euro);
- Polizza assicurativa a garanzia del rischio infortuni con massimale di almeno €. 150.000 in caso morte e di almeno €. 250.000 in caso di invalidità permanente.

7) Fotografie formato tessera di tutti gli operatori/collaboratori.

Per le imprese anche individuali:

- 1) Indicazione nella domanda del nominativo del legale rappresentante dell'attività;
- 2) Elenco nominativo di tutti gli operatori/collaboratori
- 3) Essere cittadino italiano, ovvero in caso di cittadino straniero essere in regola con le norme che regolano il soggiorno sul territorio italiano;
- 4) Età degli operatori/collaboratori compresa tra 18 e 67 anni;
- 5) Certificato di idoneità psicofisica di tutti gli operatori/collaboratori;
- 6) Dichiarazione da rendere mediante autocertificazione ai sensi del D.P.R 28 dicembre 2000 art. 46, in ordine ai seguenti fatti e stati:

- Iscrizione al registro delle imprese;
- Eventuali condanne penali riportate e conoscenza di eventuali procedimenti penali in corso del legale rappresentante e di tutti gli operatori/collaboratori;
- Apertura di partita I.V.A;
- Polizza assicurativa di responsabilità civile verso terzi con un massimale di almeno €. 1.000.000 (un milione di euro);
- Polizza assicurativa a garanzia del rischio infortuni con massimale di almeno €. 150.000 in caso morte e di almeno €. 250.000 in caso di invalidità permanente.

7) Fotografie formato tessera

Alla domanda di richiesta di autorizzazione debbono essere obbligatoriamente allegati

A) le copie delle seguenti polizze assicurative

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

2) per infortuni propri : € 150.000,00 per morte; € 250.000,00 per invalidità permanente;

- debbono avere entrambe la seguente Copertura di rischio: "Assistenza ospedaliera e domiciliare a pagamento a carattere non sanitario "

- dovranno inoltre avere decorrenza 01 gennaio 2018- 31 dicembre 2018 (attestata dall'avvenuto pagamento dell'annualità che deve essere allegata)

B) Certificato di idoneità psicofisica (in originale)

C) Documentazione attestante la regolarità di Soggiorno nel territorio italiano

D) Fotografie formato tessera (solo per le ANS che non sono già in possesso del badge) vanno allegati nel seguente modo:-- n.1 per il cartellino dell'A.N.S. + 1 per domanda ad ogni Ospedale/RSA.

Debbono essere allegati e compilati alla domanda i modelli

ALLEGATO1 e ALLEGATO1A .

E' ammessa eventuale integrazione della documentazione incompleta o mancante entro 15 giorni da lettera inviata con Racc/AR.

E' necessario presentare **due domande distinte (ma è sufficiente allegare la documentazione ad una sola domanda)** qualora lo stesso soggetto intenda ottenere

-il rilascio dell'autorizzazione sia per il Presidio Ospedaliero Unico di Area Vasta 1 (e le sue articolazioni Ospedaliere di Urbino di Pergola),

- che per le Strutture territoriali dell'Area Vasta 1 (Ospedali di Comunità Fossombrone, Sassocorvaro e Cagli e le RSA -Galantara, RSA Mombaroccio - Bricciotti -RSA Macerata Feltria , RSA Sant'Angelo in Vado, RSA - Urbania - RSA Mondavio e RSA di Mondolfo).

**Le domande devono essere presentate entro il 30.11.2017 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 Informativo.

Per ogni ulteriore informazione, i soggetti interessati potranno rivolgersi a: Dott.ssa Antonella Magi telefono n. 0722/760.258, e-mail: antonella.magi@sanita.marche.it ,oppure alla Dott.sa Rita Tedeschi tel 0722/301536;

e- mail: rita.tedeschi@sanita.marche.it.

**II RESPONSABILE U.O.C .- URP
-COMUNICAZIONE- SERVIZI
AMMINISTRATIVI TERRITORIALI AREA
VASTA 1
Dott. Tiziano Busca**

**II RESPONSABILE U.O.C 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 del Presidio Unico Ospedaliero/Ospedali di Comunità e RSA dell' ASUR - Marche –
Area Vasta n. 1**

**Alla Direzione Amm.va
Presidio Unico Ospedaliero
Alla U.O.C. URP -Comunicazioni
Servizi Amministrativi Territoriali
Via Ceccarini n.38
61032 FANO**

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 Unico sedi**
 Urbino Pergola
oppure degli Ospedali di Comunità Cagli Sassocorvaro Fossombrone
o della R.S.A. di.....
- di inserire nell'elenco delle persone autorizzate all'Assistenza non Sanitaria **dell'Ospedale Unico sedi**
 Urbino Pergola
oppure degli Ospedali di Comunità Cagli Sassocorvaro Fossombrone
o 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.

..... lì.....

Firma libero professionista/titolare/presidente

Firma dipendente/operatore/socio

Spazio riservato alla Direzione Amministrativa dell'Ospedale o Direzione Servizi Amministrativi Territoriali

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, via
n.....

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/...../.....
- 5 che l'Associazione è iscritta nel registro delle Associazioni di volontariato 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

.....

....., lì/...../.....

IL / LA DICHIARANTE

.....

....

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

