



Servizio Sanitario Nazionale  
Regione Marche  
Azienda Ospedaliera  
**Ospedali Riuniti Marche Nord**

**DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO  
PRESIDIO SAN SALVATORE**

Tel.0721366405  
Fax 0721366413

Mail to:  
[direzionemedica@ospedalimarchenord.it](mailto:direzionemedica@ospedalimarchenord.it)

MOD. A

**DOMANDA D'ISCRIZIONE PER  
ASSISTENZA NON SANITARIA A TITOLO ONEROSO**

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

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Documento di Identità \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di essere inserito nell'elenco degli autorizzati all'Assistenza non Sanitaria presso le Unità Operative dei Presidi Ospedalieri dell'Azienda (PO di Pesaro)

**consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per le dichiarazioni mendaci e nelle ipotesi di falsità in atti; consapevole altresì di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, sotto la propria responsabilità:**

**DICHIARA**

di rispettare scrupolosamente le norme contenute nel regolamento (ricevuto in data odierna) e di applicare una tariffa oraria di Euro \_\_\_\_\_ **UVA ESCLUSA** **UVA INCLUSA**

**LIBERA**

L'Azienda Ospedaliera da ogni responsabilità di ordine civile e risarcitorio per infortuni e/o malattie professionali che il sottoscritto può subire in conseguenza e/o a causa del servizio di assistenza non sanitaria, e per la quale è coperto da personale polizza assicurativa

**LIBERA**

L'Azienda Ospedaliera da ogni responsabilità di ordine civile e risarcitorio per responsabilità civile verso terzi per le attività espletate dal sottoscritto ai fini e/o in occasione del servizio di Assistenza non Sanitaria, e per la quale è coperto da personale polizza assicurativa

Il sottoscritto allega alla domanda la seguente documentazione:

- copia del documento di apertura della Partita Iva;
- certificato medico di idoneità Sanitaria;
- copia della polizza assicurativa per Infortuni propri, in corso di validità;
- copia della polizza assicurativa per Responsabilità Civile verso terzi, in corso di validità;
- copia del documento di identità;
- copia del versamento del contributo spesa (€ 6,00; causale "recupero spese iscrizione ANS").
- Due fotografie formato tessera solo per le iscrizioni individuali

**Le Ditte e Società provvederanno a dotare le operatrici di un cartellino di riconoscimento con il proprio logo.**

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Ricevuta in data \_\_\_\_\_ Firma/DMP \_\_\_\_\_