



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

MOD. B

**RICHIESTA RINNOVO 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

il rinnovo della Sua iscrizione 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 continuare a rispettare scrupolosamente le norme contenute nel regolamento ricevuto e di continuare ad applicare la tariffa oraria già comunicata (pari ad € _____ **IVA ESCLUSA** ___ **IVA 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;

DICHIARA

di continuare ad essere in regola con la documentazione già presentata ed in particolare con la Partita IVA e la copertura assicurativa (RCT ed Infortuni).

Data _____ Firma _____

Ricevuta in data _____ Firma/DMP _____

