



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Marche
Azienda Ospedaliera
Ospedali Riuniti Marche Nord

DIREZIONE AMMINISTRATIVA DI PRESIDIO
PRESIDIO SAN SALVATORE

Dirigente
Dr.ssa Paola D'Eugenio

Tel.0721366405
Fax 0721366413

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

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/DAP _____