Allegato 1

Alla Direzione del Distretto 1
ASL Latina

OGGETTO: DOMANDA DI ADESIONE ALLO SPORTELLO AUTOGESTITO DI INFORMAZIONE ALLA CITTADINANZA DELLE PROPRIE ATTIVITA' DA ATTIVARSI PRESSO LA CASA DELLA SALUTE DEL DISTRETTO 1 IN APRILIA.

_ l _ Sottoscritt_ _____ nat_ a _____ il __/ __ / ___

in qualità di Legale Rappresentante della Associazione di Volontariato / Organizzazione che opera gratuitamente (di seguito Associazione / Organizzazione) (*) denominata

_____

con sede legale in _____ via _____ n. _

con la presente chiede che tale Associazione/Organizzazione (*) possa partecipare alla gestione dello Sportello Informativo previsto presso la Casa della Salute del Distretto 1 in Aprilia via Giustiniano snc.

A tal fine dichiara di prendere visione e di accettare le seguenti condizioni:

1) L' Associazione/Organizzazione (*) sopra individuata si impegna a svolgere, almeno in parte, la propria attività di volontariato a favore di Soggetti che, residenti o domiciliati, vivano nel Comune di Aprilia.
2) L' Associazione/Organizzazione (*) sopra individuata si impegna ad assicurare -salvo casi eccezionali debitamente comunicati- la presenza regolare di propri iscritti - di cui fornisce anticipatamente l'elenco nominativo, costantemente aggiornato, alla Direzione del Distretto- presso lo sportello negli orari e giorni che gli verranno assegnati su insindacabile decisione della Direzione del Distretto,
3) I propri iscritti durante la loro presenza c/o lo Sportello dovranno essere facilmente identificabili tramite l'utilizzo di apposito cartellino identificativo, fornito dal Distretto, riportante il logo dell'Associazione/Organizzazione, il nome e cognome dell'iscritto e la sua condizione di iscritto dell'Associazione/Organizzazione stessa.
4) I propri iscritti durante la loro presenza c/o lo sportello dovranno fornire ai Cittadini ovvero agli Operatori del Distretto e /o del Comune di Aprilia che si rivolgano agli stessi le informazioni relative alla propria Associazione/Organizzazione (*) nonché le attività svolte, in regime di volontariato, dalla stessa quale comunicata dal Distretto con l'apposita scheda informativa (all.2). Gli stessi iscritti dovranno, qualora richiesti dal cittadino, ovvero dagli stessi operatori ritenuto utile fornire gli orari di presenza allo sportello delle altre Associazioni/Organizzazioni nonché le attività delle stesse che si ritengano utile per soddisfare le esigenze evidenziate dal cittadino; tutto ciò in uno spirito di collaborazione tra associazione/organizzazioni, asl e comune per soddisfare le esigenze manifestate dal cittadino richiedente.
5) La sede dello sportello è individuata, all'interno dell'immobile, ad insindacabile giudizio del Distretto che si riserva in ogni momento di cambiarne la sede ed anche, in caso di necessità organizzative del Distretto, ad abolirlo senza che l' Associazione/Organizzazione (*) abbia nulla a pretendere per eventuali supposti danni.

6) La sede dello sportello è arredata a cura del Distretto; Distretto che si fa altresì carico delle spese di manutenzione ordinaria e straordinaria della stessa. L'Associazione/Organizzazione (*) non può effettuare nessun cambiamento nella composizione/distribuzione dell'arredamento ovvero più in generale della sede senza l'autorizzazione scritta del Distretto; eventuali migliorie verranno effettuate, previa autorizzazione scritta del Distretto, a titolo del tutto gratuito e nessun danno potrà essere richiesto al Distretto, in nessun caso, per eventuali furti e/o danneggiamenti a qualsiasi titolo portati a proprietà dell'Associazione/Organizzazione (*) che, previa autorizzazione scritta del Distretto, la stessa utilizzerà presso la sede dello sportello.
7) L'Associazione/Organizzazione (*) si impegna a custodire, nell'orario di presenza assegnatole, i locali e le sue dotazioni con la diligenza proprie di un buon padre di famiglia.
8) Gli orari di assegnazione dello sportello alla Associazione/Organizzazione (*), fermo restando quanto riportato al precedente punto 2) e per quanto possibile, sarà assunta dal Distretto sulla base delle esigenze/disponibilità, evidenziate da tutte le Associazioni/Organizzazioni richiedenti. In particolare tale decisione verrà assunta anche tenuto conto di quanto discusso in un pubblico incontro con le Associazioni/Organizzazioni della cui data verrà data comunicazione a tutte le Associazioni/Organizzazioni richiedenti.
9) Il Distretto si riserva di escludere, a proprio insindacabile giudizio, in ogni momento dalla gestione/presenza allo sportello l' Associazione/Organizzazione (*), senza che la stessa abbia nulla a pretendere, sotto qualsiasi forma, per eventuali supposti danni qualora il Distretto ritenga il comportamento l' Associazione/Organizzazione (*) lesivo ovvero non rispondente allo spirito dello sportello quale indicato nell' "Avviso".
10) L'Associazione/Organizzazione (*) si impegna a partecipare agli incontri che verranno promossi, di massima a cadenza trimestrale, dal distretto per valutare insieme alle Associazioni/Organizzazioni partecipanti l'andamento dello sportello ed eventuali migliorie da apportare allo stesso ovvero eventuali criticità da superare
11) L'Associazione/Organizzazione (*) autorizza il Distretto a portare a conoscenza della propria scheda informativa riportante informazioni circa le caratteristiche della propria Associazione/Organizzazione ed informazioni specifiche circa l'attività svolte dalla stessa (all.2) alle altre Associazioni/Organizzazioni aderenti allo Sportello ed al Comune di Aprilia nell'ambito del progetto di costruzione del descritto Welfare di Comunità; si autorizza altresì la pubblicità della stessa anche tramite pubblicazione su sito internet.

Il sottoscritto Legale Rappresentante
chiede altresì che qualsiasi comunicazione in merito, così come eventuali future comunicazioni, venga effettuata al seguente indirizzo di posta elettronica _____
dichiarando altresì di liberare formalmente il Distretto da ogni altro obbligo di diversa forma di comunicazione per tutto quello che riguarda lo Sportello informativo oggetto del presente Avviso.
Comunica altresì di essere rintracciabile al seguente numero telefonico_____.

Allega infine alla presente, così come previsto dall'Avviso, i seguenti documenti
- Scheda informativa (allegato 2) debitamente compilata in tutte le sue parti riportante informazioni circa le caratteristiche della propria Associazione/Organizzazione (*) ed informazioni specifiche circa l'attività svolte dalla stessa.
- Copia atto costitutivo (allegato 3) Associazione/Organizzazione (*) autocertificato
- Fotocopia proprio documento di riconoscimento in corso di validità

Aprilia, lì ___/ ____ / _____ _____

(firma e timbro)

(*) cancellare la voce che non ricorre