| | | |
|---|---|---|
| SERVIZIO SANITARIO REGIONALE<br>EMILIA-ROMAGNA<br>Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna | **Domanda di autorizzazione biennale per l'esercizio dell'attività di Assistenza Non Sanitaria (ANS) nei reparti di degenza dell'AUSL della Romagna** | |

ALL'U.O. PIATTAFORMA AMMINISTRATIVA
AMBITO DI _____

__l__sottoscritt_____
Nat__a_____(Prov._____) il_____
Residente in _____(Prov._____)
Via_____N._____Tel._____

C H I E D E

Di essere iscritt___all'apposito elenco di persone autorizzate a svolgere "ASSISTENZA NON SANITARIA" a pagamento in favore di degenti ricoverati presso le Unità Operative dell'Azienda USL della Romagna – Ambito di:

□ Forlì □ Cesena □ Rimini □ Ravenna ○ Ravenna
○ Cervia
○ Lugo
○ Faenza

A tal fine dichiara, sotto la propria personale responsabilità (barrare la voce che interessa):

□ di essere in possesso della cittadinanza italiana
□ di essere cittadino comunitario/straniero con permesso di soggiorno in regola
□ di parlare la lingua italiana
□ di non avere riportato condanne penali né di avere carichi pendenti
□ di impegnarsi a mantenere aggiornati i requisiti richiesti (assicurazione-carta d'identità…)
□ di svolgere l'attività di assistenza non sanitaria nel rispetto del regolamento adottato dall'AUSL della Romagna (ART.7)
□ di dare il proprio consenso al trattamento, nei termini consentiti dalla legge, dei dati Personali
□ i compensi percepiti verranno assoggettati sia da un punto di vista fiscale che previdenziale, conformemente alle norme del rapporto giuridico che si andrà ad instaurare con il paziente

Alla domanda deve essere allegata la seguente documentazione:

1) Copia della polizza assicurativa per i rischi di infortunio
2) Copia della polizza assicurativa per la responsabilità civile verso terzi con massimale minimo di 500.000,00 Euro
3) Documento di riconoscimento
4) Numero di codice fiscale
5) Due foto recenti formato tessera

Lì_____ Firma_____

Sono raccomandate le seguenti vaccinazioni:

- morbillo, rosolia, parotite e varicella
- Antitetanica
- Antiepatite B
- Antinfluenzale

Per chiarire la situazione le ANS potranno rivolgersi ai competenti uffici territoriali dei servizi di igiene pubblica.

**FIRMA PER RICEVUTA REGOLAMENTO**

_____