



AMBULATORIO SOLIDALE

Sede di PERUGIA "Fabio Bastianini"

Una porta aperta a chi le trova tutte chiuse

Associazione

ASILI NOTTURNI "UMBERTO I" UMBRIA

06124 Perugia - Via G. P. da Palestrina, 40

C.F. 94169870543

Tel 075.6976398 - 329.0417732

www.asilinotturniumbria.it

info@asilinotturniumbria.it

asilinotturniumbria@pec.it

Dir. Sanit. Dott. Gilberto Gubbini

OMCEoPG 4175 – 750

per contributi e donazioni

IBAN - IT87Z0306903011100000006248

DICHIARAZIONE DI ATTIVITA' GRATUITA

__ I __ Sottoscritt _____

nat__ a _____ il ____/____/____

residente in _____ Prov _____ C.F. _____

Dichiara

Di prestare la propria opera a favore dell'Associazione "Asili notturni Umberto I Umbria" a titolo esclusivamente gratuito e volontario, unicamente per condivisione dell'attività che sarà svolta presso l'Ambulatorio Solidale di via G. P. da Palestrina, 40, con lo scopo di aiutare l'Associazione nel raggiungimento delle sue finalità sociali.

Dichiara inoltre di svolgere l'attività in modo del tutto e gratuito senza alcun obbligo di subordinazione nei riguardi dell'Associazione, pago dei risultati sociali che si potranno raggiungere.

Al sottoscritto saranno unicamente rimborsate le spese sostenute ed autorizzate preventivamente (viaggi, soggiorni, vitto ecc.) con la presentazione di idonea documentazione o nelle modalità concordate.

Di svolgere le seguenti attività (*barrare la voce interessata*)

() Lavoratore dipendente presso _____

() Pensionato

() Lavoratore Autonomo/ Imprenditore esercente l'attività di _____

() Non Occupato

() Medico / Odontoiatra / _____

che svolge la libera professione in _____

di essere iscritt__ all'Ordine di _____ N° _____

di essere in possesso dell'Assicurazione Professionale N° _____

Intrattenuta con la Compagnia _____

Di acconsentire al trattamento, alla comunicazione ed alla diffusione dei dati forniti e riguardanti il sottoscritto e di essere adeguatamente informato circa le finalità del succitato trattamento, nonché dei diritti sanciti del D. Lgs 196/03 a tutela della riservatezza dei dati personali.

Il sottoscritto esonera da ogni responsabilità L'associazione nello svolgimento dell'attività di cui sopra, compresa la "medical malpractice".

In fede

_____ li / ____ / ____ / _____

Firma _____