

SOCIETÀ DELLA SALUTE FIORENTINA SUD-EST
DOMANDA DI ADESIONE AL COMITATO DI PARTECIPAZIONE

Società della Salute Fiorentina Sud-Est
Piazza della Vittoria 1 – via dell’Antella 58,
50012 Bagno a Ripoli (FI)

Inviare a: sds.firenzesudest@uslcentro.toscana.it

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente in _____ via _____ in qualità di legale
rappresentante dell'organizzazione _____
con sede in _____ via _____
tel. _____ fax _____ email _____

**avanza istanza di adesione all’Albo del Comitato di Partecipazione della
Società della Salute Fiorentina Sud-Est**

A tal fine, consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazioni false o mendaci, di cui all’art. 76 del DPR 445/2000

Dichiara

- A) di non avere rapporti economici continuativi con la Società della Salute Fiorentina Sud-Est;
- B) che non risulta a carico del rappresentante legale alcuna condanna con sentenza passata in giudicato per reati contro la pubblica amministrazione, il patrimonio o contro l’amministrazione finanziaria.

Eventuali comunicazioni in merito alla precedente lett. A)

C) che l’organizzazione rappresentata svolge, da un periodo non inferiore ad un anno, attività rivolte alla tutela/sostegno/promozione dell’utenza dei servizi sociali, sanitari o socio –sanitari come descritto di seguito: (inserire di seguito una sintesi delle principali attività svolte)

D) che l'organizzazione non si trova in stato di fallimento, di liquidazione, di cessazione di attività o di concordato preventivo e in qualsiasi altra situazione equivalente, né sia in corso un procedimento a proprio carico per la dichiarazione di una di tali situazioni;

E) che l'organizzazione è regolarmente iscritta all'albo (indicare quale)

_____,
numero e data iscrizione _____, rappresentativo della propria categoria di appartenenza;

F) che l'organizzazione non è erogatrice di prestazioni o servizi a favore degli utenti, fatte salve la realizzazione di attività occasionali (eventi, iniziative una tantum), lo svolgimento di attività di ascolto/orientamento/counseling rivolte agli utenti finali e/o l'organizzazione di attività formative;

Comunica che ai fini di eventuali comunicazioni i riferimenti dell'Associazione sono i seguenti:

indirizzo e-mail _____

contatti telefonici _____

Indica il delegato dell'Associazione che parteciperà alle Assemblee del Comitato di Partecipazione

Nome e cognome: _____

indirizzo e-mail: _____

telefono: _____

Indica il sostituto che eventualmente parteciperà all'Assemblea del Comitato di Partecipazione in luogo del titolare delegato:

Nome e cognome: _____

indirizzo e-mail: _____

telefono: _____

luogo e data

Firma del rappresentante legale dell'Associazione

E' necessario allegare alla presente istanza la copia di un documento di identità del legale rappresentante in corso di validità.



Società della Salute della Toscana

INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DATI PERSONALI

Ai sensi del Decreto Legislativo 196/03 e del GDPR - Reg. UE 2016/679 i dati personali raccolti con le domande presentate ai sensi del presente Avviso saranno trattati con strumenti informatici e utilizzati nell'ambito del procedimento secondo quanto stabilito dalla normativa. Tale trattamento sarà improntato a principi di correttezza, liceità e trasparenza. L'utilizzo dei dati richiesti ha come finalità quella connessa alla gestione della procedura per l'iscrizione all'Albo del Comitato di Partecipazione della Società della Salute Fiorentina Sud-Est e pertanto il conferimento dei dati richiesti è obbligatorio.

Il Responsabile del procedimento e del trattamento dei dati è individuato nel Direttore della Società della Salute Fiorentina Sud-Est Dr. Simone Naldoni.

L'interessato potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs.vo 196/03 e agli artt. 13-23 del GDPR - Reg. UE 2016/679.

Il sottoscritto _____ dichiara di aver letto l'informativa sopra riportata e accetta il trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs.vo 196/03 e del Reg. UE 679/2016.

li, _____

Firma del rappresentante legale dell'Associazione
