

**Oggetto: richiesta inserimento negli elenchi per l'assistenza non sanitaria a titolo oneroso.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Titolare/Legale Rappresentante (se trattasi di Ditta, cooperativa o Agenzia)

Denominato/a \_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ Tel / cell. \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ C.F. / P. Iva \_\_\_\_\_

Iscrizione alla Camera di Commercio di \_\_\_\_\_ con n° \_\_\_\_\_

con tariffa oraria € \_\_\_\_\_ ☐ IVA inclusa ☐ IVA esclusa ☐ IVA Esente

**(Tariffa minima € 7,34)**

#### **CHIEDE**

L'iscrizione/la conferma nell'elenco pubblico di assistenza non sanitaria a titolo oneroso per i pazienti dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riunti Marche Nord".

A tale fine

#### **DICHIARA**

sotto la propria personale responsabilità, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. del 28 dicembre n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

1. di non aver riportato condanne penali né di avere carichi pendenti;
2. di aver stipulato polizza assicurativa con idonei massimali a copertura degli infortuni e a copertura della Responsabilità Civile verso Terzi;
3. di essere assoggettato al regime di esenzione IVA (regime forfetario)
4. di acconsentire, nel rispetto di quanto stabilito nel D.Lgs 196/03, che i dati inseriti in questo modello vengano utilizzati per lo svolgimento di tutti gli adempimenti amministrativi relativi all'attività in oggetto;

5. di non avere legami di parentela o comunque rapporti e/o interessi di qualunque natura con titolari e/o soci di agenzie di onoranze funebri;
6. di esonerare l'Azienda da qualsiasi responsabilità da illecito contrattuale, negligenza, atto illecito, eventuali furti, danneggiamenti o smarrimenti da qualsiasi causa generati, inclusi danni diretti o indiretti, derivanti o correlati dall'attività di assistenza integrativa non sanitaria prestata.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

ALLEGATI richiesti:

- Documento di riconoscimento in corso di validità;
- iscrizione alla Camera di Commercio e/o ai Registri previsti per legge;
- Partita IVA
- copia di idonea polizza assicurativa per la copertura di rischi infortuni e RCT in corso di validità, in caso di nuova iscrizione;
- una foto formato tessera per le *Ditte, cooperative o Agenzie*; 2 foto formato tessera per le assistenti individuali;
- in caso di ditte, agenzie, cooperative sociali, elenco degli operatori, con indicazione del nome, cognome, data e luogo di nascita, codice fiscale e, dichiarazione in caso di cittadini extracomunitari, attestante la conformità alle normative vigenti in materia di soggiorno in Italia e che esoneri l'Azienda di ogni responsabilità anche in termini di osservanza delle norme in materia di ordine pubblico;
- Liberatoria dell'AORM e di presa visione ed accettazione

**DICHIARAZIONE LIBERATORIA DELL'AORM E DI PRESA VISIONE E ACCETTAZIONE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Legale Rappresentante della \_\_\_\_\_

*(se trattasi di Ditta, Cooperativa, Agenzia)*

**DICHIARA**

☐ che ogni rapporto che intercorre tra il sottoscritto e il ricoverato o familiare di quest'ultimo viene direttamente regolato tra le parti e non coinvolge in nessun modo l'Azienda AORMN;

☐ che nessuna responsabilità da illecito contrattuale, negligenza, atto illecito, eventuali furti, danneggiamenti o smarrimenti da qualsiasi causa generati, inclusi danni diretti o indiretti, derivanti o correlati all'attività di assistenza integrativa non sanitaria, può essere imputata all'azienda AORMN;

☐ di aver preso visione del Regolamento per l'esercizio dell'assistenza non sanitaria nelle Unità di degenza dell'AORMN di assumere l'impegno di darvi piena ed integrale applicazione, nonché di rispettare la normativa vigente in materia di privacy, sicurezza e norme comportamentali.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_