



Servizio Sanitario Nazionale  
Regione Marche  
Azienda Ospedaliera  
**Ospedali Riuniti Marche Nord**

DIREZIONE AMMINISTRATIVA DI PRESIDIO  
PRESIDIO SAN SALVATORE

Dirigente  
Dr.ssa Paola D'Eugenio

Tel.0721366405  
Fax 0721366413

MOD. B

**RICHIESTA RINNOVO ISCRIZIONE PER  
ASSISTENZA NON SANITARIA A TITOLO ONEROSO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Documento di Identità \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

il rinnovo della Sua iscrizione nell'elenco degli autorizzati all'Assistenza non Sanitaria presso le Unità Operative dei Presidi Ospedalieri dell'Azienda

**consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per le dichiarazioni mendaci e nelle ipotesi di falsità in atti; consapevole altresì di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, sotto la propria responsabilità:**

**DICHIARA**

di continuare a rispettare scrupolosamente le norme contenute nel regolamento ricevuto e di continuare ad applicare la tariffa oraria già comunicata (pari ad € \_\_\_\_\_ UVA ESCLUSA \_\_\_ UVA INCLUSA);

**LIBERA**

l'Azienda Ospedaliera da ogni responsabilità di ordine civile e risarcitorio per infortuni e/o malattie professionali che il sottoscritto può subire in conseguenza e/o a causa del servizio di assistenza non sanitaria, e per la quale è coperto da personale polizza assicurativa;

**LIBERA**

l'Azienda Ospedaliera da ogni responsabilità di ordine civile e risarcitorio per responsabilità civile verso terzi per le attività espletate dal sottoscritto ai fini e/o in occasione del servizio di Assistenza non Sanitaria, e per la quale è coperto da personale polizza assicurativa;

**DICHIARA**

di continuare ad essere in regola con la documentazione già presentata ed in particolare con la Partita IVA e la copertura assicurativa (RCT ed Infortuni).

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

-----  
Ricevuta in data \_\_\_\_\_ Firma/DAP \_\_\_\_\_