

## DICHIARAZIONE DI PRESA VISIONE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, in qualità di:

- legale rappresentante
- associato

dell'organizzazione di volontariato denominata \_\_\_\_\_

DICHIARA

Di aver preso visione

- del **Regolamento per la disciplina delle attività di volontariato presso l'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord**, con particolare riferimento alle norme concernenti diritti e doveri del volontario in attività di servizio;

In fede

Data

Firma