

Domanda di partecipazione ai Comitati Consultivi Misti Socio Sanitari dei Distretti dell'Azienda USL di Bologna

Organizzazione/Associazione di volontariato e di Tutela dei diritti in ambito socio-sanitario -----

(indicare sigla e denominazione estesa)

n. iscrizione all'Albo Regionale/Prov./Comunale -----
(indicare n. iscrizione Albo)

Sede Organizzazione/Associazione via -----
Città n. ----- CAP -----
Tel., Fax, E-mail -----

Chiede

di far parte del Comitato Consultivo Misto Socio Sanitario del

- Distretto Città di Bologna
- Distretto Reno, Lavino e Samoggia
- Distretto dell'Appennino Bolognese
- Distretto di S. Lazzaro di Savena
- Distretto di Pianura Ovest
- Distretto di Pianura Est

(barrare una casella)

e a questo scopo DELEGA

il sig. (titolare) _____
Tel. _____ indirizzo mail _____

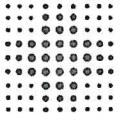
residente a _____ via _____
n° _____ Cap _____

il sig. (sostituto) _____
Tel. _____ indirizzo mail _____

residente a _____ via _____
n° _____ Cap _____

data _____

Firma del Presidente dell'Associazione



MODULO AUTOCERTIFICAZIONE
INTERESSI FINANZIARI E CONFLITTI DI INTERESSI

Dichiarazione assenza/presenza conflitto potenziale

DICHIARO di

- non avere rapporti con soggetti pubblici e/o privati che possono a qualsiasi titolo, determinare conflitto di interessi, anche potenziale, con l'attività svolta nell'ambito del Comitato Consultivo Misto Socio Distrettuale.
- non avere rapporti di lavoro, a qualsiasi titolo, o rapporti economici personali con l'Azienda USL di Bologna, il Comune di.....o delle strutture socio-sanitarie del distretto di.....
- non ricoprire il ruolo di dirigenti, amministratori, collaboratori di Aziende sanitarie regionali, di IRCCS di diritto pubblico, di strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private

Firma
