



ISTANZA DI ACCREDITAMENTO

PRESSO LA FONDAZIONE POLICLINICO UNIVERSITARIO A. GEMELLI

ALL. 1

Il/la sottoscritto/a ALBA CONTE nato/a BRASILE il 4/06/1985
Presidente/Legale Rappresentante dell'Associazione A.D.I. GEM
con sede legale a ROMA () in PIAZZALE PORTA PIAZZI CAP 001988
Tel. 3388675305 Fax _____ e-mail: associazione.adigem@gmail.com
320753885

DICHIARA

di conoscere e di rispettare:

- Regolamento recante norme per la disciplina delle attività di volontariato presso il Policlinico;
- Codice Etico della Fondazione Policlinico Universitario "A. Gemelli";
- Carta dei Valori del Volontariato;
- Carta della Donazione (se svolta);
- Carta Ospitalità (se svolta);

e sulla base di quanto ivi prescritto e regolamentato

CHIEDE

l'"Accreditamento" della Associazione rappresentata per lo svolgimento di attività di volontariato presso codesto Policlinico.

A tal fine allega alla presente:

1. Copia dello Statuto vigente dell'Associazione e dell'atto costitutivo;
2. Copia dell'ultimo bilancio o rendiconto approvato;
3. Relazione delle attività svolte nel corso degli ultimi cinque anni ed eventuali referenze presso terzi;
4. "Scheda di accreditamento" dell'Associazione (All. 2) con la documentazione a corredo

Distinti saluti.

Data

20 Aprile 2016

Firma

Alba Conte

Inviare il presente modulo compilato e firmato all'ufficio Marketing: ufficiomarketing@policlinicogemelli.it
Per richiedere maggiori info: 0630156335

PRIVACY: Il/La sottoscritto/a dichiara di acconsentire al trattamento dei propri dati personali, in conformità alla vigente normativa. Titolare e responsabile dei dati è la Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli di Roma.

Data

20 Aprile 2016

Firma

Alba Conte



SCHEDA DI ACCREDITAMENTO ASSOCIAZIONE

Scheda conoscitiva Associazioni Volontariato

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| NOME ASSOCIAZIONE | A. DI. GEM | | |
| SEDE LEGALE | VIA PIAZZALE DI PORTA TIA | N.CIV. 191 | |
| | CAP 00198 | CITTA' ROMA | |
| | TEL. | FAX | |
| | E-MAIL associazione.adigem@gmail.com | | |
| CODICE FISCALE /PARTITA IVA | 97872010588 | | |
| TIPOLOGIA | <input checked="" type="checkbox"/> ORGANIZZAZIONE DI VOLONTARIATO (L. N. 266/91 E LEGGE REGIONALE 28 GIUGNO 1993, N. 29 e s.m.i.) ISCRITTA AL REGISTRO REGIONALE <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ^{IN ATTESA} | | |
| | <input type="checkbox"/> ASSOCIAZIONE DI PROMOZIONE SOCIALE (L. n. 383/2000) ISCRITTA AL REGISTRO REGIONALE: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> ONLUS (D. LGS. N. 460/1997) ISCRITTA AL REGISTRO DELLE ENTRATE | | |
| | <input type="checkbox"/> ENTE NON COMMERCIALE (D. LGS. N. 460/1997 - TITOLO I) | | |
| | <input type="checkbox"/> ASSOCIAZIONE CON PERSONALITÀ GIURIDICA, ISCRITTA PRESSO REGIONE LAZIO ED OPERANTE NEI SETTORI DI CUI ALL'ART. 10 D. LGS. N. 460/1997 | | |
| | <input type="checkbox"/> ENTE RELIGIOSO <input type="checkbox"/> FONDAZIONE | | |
| ISCRIZIONE NEL REGISTRO REGIONALE DELLE ORGANIZZAZIONI DI VOLONTARIATO ai sensi della L.R. 28.6.1993, n.29 s.m.i. | | <input checked="" type="checkbox"/> SI Num. <u>IN ATTESA</u> | <input type="checkbox"/> NO |
| CONVENZIONE IN ATTO CON IL POLICLINICO A. GEMELLI | <input type="checkbox"/> SI DATA SCADENZA: _____ | <input checked="" type="checkbox"/> NO | |
| MISSION | SCOPI DELLO STATUTO • ISTRUIRE ED EDUCARE LE PERSONE CON IL DIABETE E SOSTENERE LE FAMIGLIE • SOSTEGNO E SUPPORTO NELLA 1° DIAGNOSI • OFFRIRE ASSISTENZA MORALE, SOCIALE E PSICOLOGICA, ALLE PERSONE CON DIABETE • SVILUPPARE UN SERENO RAPPORTO DEI PZ CON IL PERSONALE E LA STRUTTURA OSPEDALIERA | | |



| | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| PRESIDENTE | Nome ALBA Cognome CONTE | Indirizzo PIAZZALE DI PORTA PIA 124 | | |
| | e-mail associazione.gdirem@gmail.com | tel 3207538885 | | |
| VICEPRESIDENTE/ altro referente | Nome BEATRICE Cognome AGOSTINI | Indirizzo VIA CASSIA N° 1530 B | | |
| | e-mail | tel | | |
| REFERENTE DELL'ASSOCIAZIONE PRESSO IL POL. GEMELLI | Nome GIOLIA Cognome GIUGNI | Indirizzo VIA ROBERTO ABO 22 Roma | | |
| | e-mail | tel 3394963559 | | |
| OPERATO ASSOCIAZIONE (barrare una o più caselle) | ASSOCIAZIONE CHE OPERA AL LETTO DEL PAZIENTE | | | <input type="checkbox"/> |
| | ASSOCIAZIONE CHE OPERA NEI REPARTI MA NON HA CONTATTO FISICO CON I PAZIENTI | | | <input type="checkbox"/> |
| | ASSOCIAZIONE CHE OPERA ALL'ESTERNO DEI REPARTI | | | <input type="checkbox"/> |
| | ALTRO (specificare) ASSOCIAZIONE CHE OPERA CON I PZ ALL'INTERNO DEL ^{AMBULAT.} | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| AMBITO DI COMPETENZA O SETTORE PREVALENTE DELL'ASSOCIAZIONE | ASSIST. SANITARIA <input type="checkbox"/> | PER LA FAMIGLIA | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| | | PER LA SINGOLA PERSONA | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| | ASS. PSICOLOGICA/CASA ACCOGLIENZA <input type="checkbox"/> | PER LA FAMIGLIA | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| | | PER LA SINGOLA PERSONA | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| | RICREATIVO/LUDICO <input type="checkbox"/> | | | |
| | RICERCA /PREVENZIONE <input type="checkbox"/> | | | |
| | EDUCATIVO/DIVULGATIVO <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| VOLONTARI IMPEGNATI NELL'ASSOCIAZIONE CHE OPERANO ALL'INTERNO DEL POL. GEMELLI | | <input checked="" type="checkbox"/> SI Numero Volontari: <u>6</u> <input type="checkbox"/> NO | | |
| GIUDIZI DI IDONEITA' ALLA MANSIONE (allegare giudizio di idoneità di ogni singolo volontario) | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | |
| ATTESTATI DI FORMAZIONE IN MATERIA DI SICUREZZA SUL LAVORO (allegare attestato di formazione di ogni singolo volontario) | | <input checked="" type="checkbox"/> SI <u>1</u> <input checked="" type="checkbox"/> NO <u>5 IN ATTESA CORSI</u> | | |
| MOTIVARE L'EVENTUALE MANCANZA DEI GIUDIZI DI IDONEITÀ E/O ATTESTATI DI FORMAZIONE | | | | |
| <u>- IN ATTESA DI CORSI DI FORMAZIONE</u> | | | | |



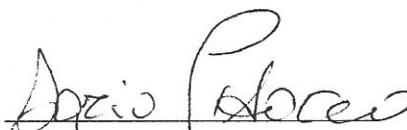
| | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------|
| COPERTURA ASSICURATIVA A CARICO DELL'ASSOCIAZIONE (per la copertura degli infortuni e delle malattie connesse allo svolgimento dell'attività stessa, nonché per la responsabilità civile verso terzi) | | COMPAGNIA ASSICURAZIONE CAIOTICA | | N. POLIZZA 000440.3/301460 000440.3030844 000440.32.303326 | | |
| AUTOMEZZI, ATTREZZATURE, SOSTANZE IMPIEGATE PER LO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (tipo e destinazione) | | | | | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| LOCALI E SPAZI UTILIZZATI all'interno del Policlinico Gemelli <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | | | piano | ala | stanza | Tel. / int. |
| REFERENTE MEDICO PRESSO IL POLICLINICO | Nome e Cognome DARIO FITOCCO | Reparto / Unità Operativa POLIAMBULATORIO 8°D | e-mail dario.fitocco@policlinico.gemelli.it | | | |
| COLLEGAMENTI CON ALTRE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO | | | INTERNE ESTERNE / ESTERE CLADIA B | | | |
| ATTIVITÀ IN POLICLINICO | | | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | |
| UU.OO. | Giorni a settimana impegnati | | Impegno orario giornaliero | | | |
| POLIAMBULATORIO 8°D | GIOVEDÌ + ALTRI GIORNI DA VARIARE | | 10 - 13 | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Da allegare:

1. Giudizi di idoneità
2. Attestati di formazione in materia di sicurezza sul lavoro

PRIVACY: Il/La sottoscritto/a dichiara di acconsentire al trattamento dei propri dati personali, in conformità alla vigente normativa. Titolare e responsabile de dati è la Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli.

Data _____

FIRMA 



**RICHIESTA DI CONVENZIONE
PRESSO LA FONDAZIONE POLICLINICO UNIVERSITARIO A. GEMELLI**

ALL.3

Il/la sottoscritto/a ALBA CONTE nato/a BRASILE il 04/06/1985

Presidente/Legale Rappresentante dell'Associazione A.D.L. GEM

con sede legale a ROMA () in PIAZZALE DITORTATTO CAP 00198

Tel. 3388670303, Fax _____ e-mail: ASSOCIAZIONE.ADLGEM@GMAIL.COM
3207638885

in possesso dell'Accreditamento da parte della Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli concesso in data _____

CHIEDE

- di stipulare con la Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli apposita Convenzione di attività di Volontariato
- di prorogare con la Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli la Convenzione di attività di Volontariato sottoscritta in data _____ con scadenza il _____
- di rivedere con la Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli la Convenzione di attività di Volontariato sottoscritta in data _____ con scadenza il _____

A tal fine allega alla presente:

- 1) Elenco nominativo dei volontari/operatori/altro personale che presteranno servizio presso il Policlinico, compilato sul foglio excel "Modulo 3.A" fornitomi;
- 2) Descrizione delle strutture, attrezzature e mezzi impiegati per lo svolgimento dell'attività, che devono essere conformi alle vigenti disposizioni normative ed ai principi igienico sanitari dettati dall'Istituto;
- 3) Recapiti ed orari di apertura della segreteria dell'Associazione.

Distinti saluti.

Data 20 aprile 2016

Firma Alba Conti

Inviare il presente modulo compilato e firmato all'Ufficio Affari Generali e legali: affari.legali@policlinicogemelli.it per richiedere maggiori informazioni 0630155866;

PRIVACY: Il/La sottoscritto/a dichiara di acconsentire al trattamento dei propri dati personali, in conformità alla vigente normativa. Titolare e responsabile dei dati è la Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli.

Data 20 aprile 2016

Firma Alba Conti

Allegato:
modulo 3.A per elenco nominativo presenze