



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"/>	<input type="checkbox"/>
			SI	NO
		PER LA SINGOLA PERSONA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			SI	NO
	ASS. PSICOLOGICA/CASA ACCOGLIENZA <input type="checkbox"/>	PER LA FAMIGLIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			SI	NO
	PER LA SINGOLA PERSONA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		SI	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 CATOCICA		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 PITOCLO	Reparto / Unità Operativa POLIAMBULATORIO 8°D	e-mail dario.pitoclo@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 dei dati è la Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli.

Data _____

FIRMA Dario Pitoclo



**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