



USL Umbria 2 - ASLUMBRIA2

Prot. **0044128** del 13/04/2015 ore 17:31:43

Tit. I.2.1.3

Registro U

Ai Direttori delle Macroarticolazioni

Ai Dirigenti delle Strutture Area Centrale e
Uffici di Staff

Oggetto: Invio Delibera del Direttore Generale n. 341 del 07/04/2015

Si trasmette, in allegato alla presente, copia della delibera del Direttore Generale n. 341 del 07/04/2015 avente per oggetto "Regolamento per la disciplina dell'Assistenza integrativa privata non sanitaria".

Distinti Saluti

Dott.ssa Davina Boco





Servizio Sanitario Nazionale - Regione dell'Umbria
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE UMBRIA N. 2
Sede Legale Provvisoria: Viale Donato Bramante 37 – Terni
Codice Fiscale e Partita IVA 01499590550

Delibera del Direttore Generale n. 341 del 07/04/2015

Oggetto: "Regolamento per la disciplina dell'Assistenza integrativa privata non sanitaria" e schema di Avviso - Approvazione.

IL DIRETTORE GENERALE

VISTA la proposta di delibera in oggetto di cui al num. Provv. 1457 del Servizio Proponente, UFFICIO RELAZIONI SINDACALI-POLITICHE DEL PERSONALE E SISTEMA VALUTATIVO

ACQUISITI i pareri del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo come di seguito indicato:

Direttore Sanitario parere FAVOREVOLE
Direttore Amministrativo parere FAVOREVOLE

DELIBERA

Di recepire la menzionata proposta di delibera che allegata al presente atto ne costituisce parte integrante e sostanziale e di disporre quindi così come in essa indicato.

IL DIRETTORE SANITARIO (*)
(Dr. Imolo Fiaschini)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO (*)
(Dott. Roberto Americioni)

IL DIRETTORE GENERALE (*)
(Dr. Sandro Fratini)



Servizio Sanitario Nazionale - Regione dell'Umbria
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE UMBRIA N. 2
Sede Legale Provvisoria: Viale Donato Bramante 37 – Terni
Codice Fiscale e Partita IVA 01499590550

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

ALLEGATO ALLA DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE

N. 341 DEL 07/04/2015

Normativa di riferimento:

- L.R. Umbria n. 18 del 12/11/2012.

Con l'istituzione dell'Azienda USL Umbria 2 si è reso necessario uniformare norme regolamentari e procedure afferenti gli aspetti dell'attività aziendale. Tra questi merita rilievo e disciplina anche l'assistenza integrativa privata non sanitaria vale a dire le attività di sostegno personale, relazionale ed affettivo prestate alla persona ricoverata, al di fuori delle fasce orarie di visita, escluse quindi tutte le funzioni proprie dell'assistenza sanitaria.

Nella preesistente USL n. 3 era vigente uno specifico regolamento adottato con Determina del Direttore Generale USL 3 Umbria, n. 545 del 22.12.2010. All'indomani dell'istituzione dell'Usl Umbria 2, in attesa di assumere misure regolamentari unitarie e correlate al nuovo contesto aziendale, sono state provvisoriamente applicate le disposizioni adottate dalla preesistente Azienda USL n. 3. Nel frattempo sono stati avviati i lavori per la stesura di un nuovo regolamento. Uno specifico gruppo di lavoro, infatti, costituito dai Direttori di Presidio e dal personale amministrativo di riferimento, ha redatto la proposta di Regolamento aziendale e lo schema di Avviso, documenti allegati al presente atto quale parte integrante e sostanziale.

La Direzione Aziendale ha valutato positivamente tale proposta.

Esito dell'istruttoria

Per quanto illustrato in motivazione, si propone di assumere la seguente deliberazione :

1. Approvare il testo del "Regolamento per la disciplina dell'Assistenza Integrativa privata non Sanitaria", comprensivo di n. 9 allegati, accluso al presente atto e indicato come DOC. n.1.
2. Approvare lo schema di Avviso, comprensivo di n. 2 allegati, accluso al presente atto e indicato come DOC. n. 2 .
3. Evidenziare la disposizione contenuta nell'art. 5, ultimo comma del Regolamento citato al punto n.1 che prevede testualmente: *"Il presente Regolamento verrà applicato esclusivamente ai nuovi Avvisi. Sono, quindi, fatte salve le procedure già pubblicate nel sito aziendale, per le quali si continuerà ad applicare quanto disposto con Determina del Direttore Generale ex. ASL 3 Umbria, n. 545 del 22.12.2010"*.
4. Dare atto che la presente decisione non è sottoposta a controllo regionale.
5. Trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale

Il Responsabile Ufficio Relazioni Sindacali,
Politiche del Personale e Sistema Valutativo
(Dott.ssa Davina Boco)

Regolamento per la disciplina dell'Assistenza Integrativa privata non Sanitaria



Art. 1 PREMESSA E AMBITO DI APPLICAZIONE

L'assistenza sanitaria alle persone ricoverate è garantita ed erogata dal personale medico, infermieristico, ostetrico, tecnico e dagli operatori di supporto (OSS), che se ne assumono la diretta responsabilità. Essa non è in alcun modo delegabile.

Il presente Regolamento intende definire le modalità di erogazione dell'assistenza integrativa privata non sanitaria (di seguito anche AIP), nelle UU.OO. di degenza delle Strutture di ricovero dell' Azienda USL UMBRIA 2 (di seguito anche Azienda).

Per motivi igienico – organizzativi, i direttori delle singole strutture di ricovero individuano:

- le UU.OO. in cui può non essere ammessa l'AIP;
- i pazienti per i quali non vi sono le condizioni per autorizzare l'AIP.

Chiunque presti AIP, su base volontaria o a pagamento, deve attenersi scrupolosamente alle norme contenute nel presente Regolamento.

Art. 2 DEFINIZIONE

Per assistenza integrativa privata non sanitaria si intende ogni attività di sostegno personale, relazionale ed affettivo prestata alla persona ricoverata, al di fuori delle fasce orarie di visita. Sono, quindi, da ritenersi escluse tutte le funzioni proprie dell'assistenza sanitaria.

I soggetti prestatori di AIP dovranno richiedere l'intervento del personale sanitario per qualsiasi esigenza o necessità assistenziale che si abbia a verificare, ivi comprese le manovre di posizionamento del paziente.

Art. 3 SOGGETTI IDONEI A PRESTARE ASSISTENZA INTEGRATIVA NON SANITARIA

L'AIP può essere espletata, a titolo gratuito, dai seguenti soggetti:

1. familiari, parenti ed affini del paziente;
2. persone con vincoli di affetto verso il paziente;
3. associazioni di volontariato sociale, iscritte nel Registro Regionale delle Organizzazioni di Volontariato di cui alla L.R. 15/1994.

L'AIP può essere espletata, a titolo oneroso, dai seguenti soggetti:

1. cooperative sociali, iscritte all'Albo Regionale delle Cooperative Sociali di cui alla L.R. 9/2005;
2. agenzie e cooperative che forniscono attività di assistenza, iscritte alla Camera di Commercio;
3. imprese individuali, singoli soggetti maggiorenni prestatori di assistenza, muniti di partita d'IVA.



L'AIP può essere garantita anche da badanti personali, aventi un regolare contratto di lavoro con il paziente.

Per ciascun paziente non può essere autorizzata la presenza contemporanea di più prestatori di assistenza.

Art. 4 OBBLIGHI DEI PRESTATORI DI AIP

I soggetti prestatori di assistenza:

- non possono fare propaganda della propria attività presso i degenti, i loro famigliari ed il personale dell'Azienda;
- non possono assistere contemporaneamente più persone;
- possono accedere unicamente alla stanza della persona assistita;
- non devono introdursi o sostare nei locali utilizzati dal personale sanitario;
- non possono utilizzare materiali e/o presidi dell'Azienda;
- non possono interferire con le attività del personale della struttura di ricovero;
- nel caso di assistenza notturna, debbono accedere all'U.O. di degenza entro le ore 21;
- devono tenere sempre ben visibile il cartellino di riconoscimento, per tutto il periodo di presenza all'interno dei locali dell'Azienda;
- devono attenersi strettamente sia alle norme igienico-sanitarie, organizzative e di sicurezza, sia alle regole ed alle modalità di funzionamento della struttura di ricovero;
- devono rispettare le norme comportamentali necessarie per la protezione da contaminazione della cute e del vestiario;
- devono attenersi alle prescrizioni del personale dell'azienda, a cui devono rivolgersi per qualsiasi esigenza;
- devono mantenere il proprio telefono cellulare spento o in modalità che non rechi disturbo ai ricoverati;
- devono allontanarsi durante gli interventi sanitari effettuati dal personale dell'Azienda;
- devono rispettare l'assoluto divieto di fumo;
- devono astenersi dallo svolgere qualsivoglia tipo di prestazione a carattere sanitario;
- non devono lasciare propri effetti e oggetti nei locali dell'U.O. di degenza;
- non devono arrecare disturbo, soprattutto nell'orario notturno, anche mediante l'utilizzo di sdraio o poltrone che possono intralciare il passaggio;
- devono mantenere il più stretto riserbo e la massima segretezza sulle condizioni di salute e sulle altre notizie delle quali vengano a conoscenza in ragione della loro attività (Codice in materia di protezione dei dati personali).

La Direzione della struttura di ricovero può, inoltre, disporre l'obbligo, per il prestatore di AIP, di indossare un camice, definendone la foggia ed il colore.

Al termine della prestazione, i soggetti che hanno svolto AIP a titolo oneroso debbono rilasciare regolare fattura.

Art. 5 AUTORIZZAZIONE ALL'ESPLETAMENTO DELL'AIP

I familiari, i parenti, gli affini, le persone con vincoli di affetto verso il paziente e le badanti personali vengono ammesse a svolgere l'attività di assistenza integrativa attraverso un **permesso** scritto rilasciato dal Coordinatore infermieristico, o da un infermiere formalmente da esso delegato (allegato 1 del presente Regolamento).

Al fine di garantire la massima trasparenza, i restanti soggetti, di cui all'articolo 3 (cooperative sociali, agenzie e cooperative che forniscono attività di assistenza, imprese individuali, singoli soggetti), per poter ottenere apposita autorizzazione all'AIP devono presentare domanda di inserimento in un apposito **Elenco dei Soggetti Autorizzati** (allegato 2 del presente Regolamento).

L'inserimento nell'Elenco dei Soggetti Autorizzati è subordinato alla presentazione della seguente documentazione :

- **Per le Cooperative Sociali:**

- domanda di inserimento (allegato 3 del presente Regolamento), con indicazione del nominativo del referente della cooperativa;
- dichiarazione, da valere quale autocertificazione ai sensi di legge (Articolo 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445), in ordine ai seguenti fatti e stati:
 - iscrizione all'Albo Regionale delle Cooperative Sociali;
 - eventuali condanne penali del responsabile legale della cooperativa e conoscenza di eventuali procedimenti penali in corso;
 - apertura di partita IVA;
- documento di riconoscimento in corso di validità (passaporto o carta di identità) del rappresentante legale della cooperativa;
- indicazione della sede legale, del recapito postale e telefonico, e dell'indirizzo mail (anche di posta certificata) della cooperativa;
- copia della polizza assicurativa di responsabilità civile verso terzi, per un massimale di almeno € 1.000.000 (un milione unico);
- copia della polizza assicurativa, a garanzia degli infortuni dei collaboratori durante l'AIP, di almeno € 150.000 per morte e € 250.000 per invalidità permanente;
- elenco nominativo dei soci/collaboratori, con indicazione sia delle eventuali esperienze maturate dagli stessi, sia di eventuali corsi di formazione frequentati dai singoli in materia di assistenza integrativa;
- tesserino di riconoscimento nominativo, realizzato secondo le indicazioni fornite dall'Azienda (allegato 4), necessario per accedere ai locali della struttura di ricovero;
- copia del tesserino che la cooperativa rilascia a ciascun collaboratore.

- **Per le Associazioni di Volontariato Sociale:**

Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2
tel. 0744 20 41 / fax 0744 30 36 39

Sede Legale (provvisoria)
05100 - Terni Viale D. Bramante 37

(l.r. n.18/12.11.2012)
p.iva / c.f. 01499590550

- domanda di inserimento (allegato 5), con indicazione del nominativo del referente dell'Associazione;
 - dichiarazione, da valere quale autocertificazione ai sensi di legge (Articolo 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445), in ordine ai seguenti fatti e stati:
 - iscrizione al Registro Regionale delle Organizzazioni di Volontariato;
 - eventuali condanne penali del responsabile legale dell'associazione e conoscenza di eventuali procedimenti penali in corso;
 - documento di riconoscimento in corso di validità (passaporto o carta di identità) del responsabile dell'associazione;
 - indicazione della sede legale, del recapito postale e telefonico, e dell'indirizzo mail (anche di posta certificata) dell'associazione;
 - copia della polizza assicurativa di responsabilità civile verso terzi, per un massimale di almeno € 1.000.000 (un milione unico);
 - copia della polizza assicurativa, a garanzia degli infortuni dei collaboratori durante l'assistenza integrativa non sanitaria, di almeno € 150.000 per morte e € 250.000 per invalidità permanente;
 - elenco nominativo dei soci, con indicazione sia delle eventuali esperienze maturate dagli stessi, sia di eventuali corsi di formazione frequentati dai singoli in materia di assistenza integrativa;
 - tesserino di riconoscimento nominativo, realizzato secondo le indicazioni fornite dall'Azienda (allegato 4), necessario per accedere ai locali della struttura di ricovero;
 - copia della tessera che l'associazione rilascia a ciascun socio.
- **Per le Agenzie e Cooperative che forniscono attività di assistenza:**
 - domanda di inserimento (allegato 6), con indicazione del nominativo del referente della cooperativa/agenzia;
 - dichiarazione, da valere quale autocertificazione ai sensi di legge (Articolo 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445), in ordine ai seguenti fatti e stati:
 - iscrizione alla Camera di Commercio;
 - eventuali condanne penali del responsabile legale della cooperativa/agenzia e conoscenza di eventuali procedimenti penali in corso;
 - apertura di partita IVA;
 - documento di riconoscimento in corso di validità (passaporto o carta di identità) del rappresentante legale della cooperativa/agenzia;
 - indicazione della sede legale, del recapito postale e telefonico, e dell'indirizzo mail (anche di posta certificata) della cooperativa/agenzia;
 - copia della polizza assicurativa di responsabilità civile verso terzi, per un massimale di almeno € 1.000.000 (un milione unico);
 - copia della polizza assicurativa, a garanzia degli infortuni dei collaboratori durante l'assistenza integrativa non sanitaria, di almeno € 150.000 per morte e € 250.000 per invalidità permanente;



USLUmbria2

- elenco nominativo dei collaboratori, con indicazione sia delle eventuali esperienze maturate dagli stessi, sia di eventuali corsi di formazione frequentati dai singoli in materia di assistenza integrativa;
 - tesserino di riconoscimento nominativo, realizzato secondo le indicazioni fornite dall'Azienda (allegato 4), necessario per accedere ai locali della struttura di ricovero;
 - copia del tesserino che la cooperativa/agenzia rilascia a ciascun collaboratore.
- Per imprese individuali, singoli soggetti maggiorenni prestatori di assistenza muniti di partita d'IVA:
 - domanda di inserimento (allegato 7);
 - dichiarazione, da valere quale autocertificazione ai sensi di legge (Articolo 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445), in ordine ai seguenti fatti e stati:
 - eventuali condanne penali e conoscenza di eventuali procedimenti penali in corso;
 - apertura di partita IVA;
 - eventuali corsi specifici frequentati ed eventuale esperienza acquisita in materia;
 - documento di riconoscimento in corso di validità (passaporto o carta di identità);
 - indicazione dei dati anagrafici, del recapito postale e telefonico e dell'indirizzo mail (eventualmente anche di posta certificata);
 - copia della polizza assicurativa di responsabilità civile verso terzi, per un massimale di almeno € 1.000.000 (un milione unico);
 - copia della polizza assicurativa, a garanzia degli infortuni dei collaboratori durante l'assistenza integrativa non sanitaria, di almeno € 150.000 per morte e € 250.000 per invalidità permanente;
 - tesserino di riconoscimento nominativo, realizzato secondo le indicazioni fornite dall'Azienda (allegato 4), necessario per accedere ai locali della struttura di ricovero.

Le polizze dovranno riportare le clausole: "l'Azienda deve essere considerata terza", "l'esclusione della rivalsa in capo all'Azienda".

In caso di mancato rinnovo delle polizze assicurative, alla scadenza delle stesse, si procederà d'ufficio alla cancellazione dall'Elenco dei Soggetti Autorizzati.

Tutti i soggetti che prestano AIP a titolo oneroso dovranno essere in regola con le norme in materia di infortuni sul lavoro.

Le domande, inoltre, dovranno obbligatoriamente ed a pena di esclusione riportare:

- la tariffa oraria applicata, comprensiva di IVA (tariffa finita per l'utente);
- una dichiarazione liberatoria di responsabilità nei confronti dell' Azienda Usl Umbria 2 per infortuni propri (o di eventuali propri collaboratori) occorsi durante l'AIP;
- una dichiarazione che i singoli prestatori di AIP non hanno legami di parentela o comunque rapporti e/o interessi di qualunque natura con titolari e/o soci di agenzie di onoranze funebri;

Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2
tel. 0744 20 41 / fax 0744 30 36 39

Sede Legale (provvisoria)
05100 - Terni Viale D. Bramante 37

(l.r. n.18/12.11.2012)
p.iva / c.f. 01499590550



- una dichiarazione di impegno dei singoli prestatori di AIP a dare piena ed integrale applicazione sia alla presente procedura per l'esercizio dell'assistenza integrativa privata non sanitaria, sia alle normative vigenti in materia di privacy, di sicurezza e di norme comportamentali;
- una dichiarazione di esonero dell'Azienda da qualsiasi responsabilità da illecito contrattuale, negligenza, atto illecito, eventuali furti, danneggiamenti o smarrimenti da qualsiasi causa generati, inclusi danni diretti o indiretti, derivanti o correlati all'attività di AIP prestata.

Nel caso in cui l'AIP sia svolta da cittadini stranieri, i soggetti di cui all'art. 3 debbono inserire nella domanda una dichiarazione che attesti la conformità alle normative vigenti in materia di soggiorno in Italia e che esoneri l'Azienda da ogni responsabilità anche in termini di osservanza delle norme in materia di ordine pubblico.

Al fine di garantire la massima diffusione e trasparenza del presente Regolamento, le procedure di autorizzazione, di cui al presente articolo, verranno definite attraverso Avvisi (allegato 8), distinti per ciascuna Struttura di Ricovero, pubblicati nell'ALBO PRETORIO ON LINE AZIENDALE, alla sezione "PUBBLICAZIONI IN CORSO" – "VARIE", accessibile attraverso il sito internet istituzionale, al seguente indirizzo: www.uslumbria2.it.

Salvo diniego motivato della Direzione della struttura di ricovero, l'autorizzazione rilasciata, che ha valenza biennale, decorre dal sessantesimo giorno successivo alla presentazione della domanda (farà fede la data di protocollazione in arrivo della domanda). La domanda deve essere inviata per posta elettronica certificata (PEC) o per posta ordinaria alla Direzione Generale dell'USLUMBRIA2. Il modello di domanda è scaricabile dal sito aziendale (www.uslumbria2.it) o reperibile presso le Direzioni delle strutture di ricovero.

L'Avviso rimarrà pubblicato sul sito aziendale per tutto il periodo di validità, al termine del quale si provvederà a pubblicare un nuovo avviso pubblico.

Il presente Regolamento verrà applicato esclusivamente ai nuovi Avvisi. Sono, quindi, fatte salve le procedure già pubblicate nel sito aziendale, per le quali si continuerà ad applicare quanto disposto con Determina del Direttore Generale ex. Asl 3 Umbria, n. 545 del 22.12.2010.

ART. 6 RILASCIO ED AGGIORNAMENTO DELLE AUTORIZZAZIONI

La Direzione della singola struttura di ricovero, raccolte le domande pervenute e valutati i requisiti di idoneità, redige l' **Elenco dei Soggetti Autorizzati**, distinto per sezioni (allegato 2):

- modificandolo in caso di variazioni;
- trasmettendolo alle singole U.O. di degenza che provvederanno a darne diffusione;
- trasmettendolo al Servizio deputato alla sua pubblicazione sul sito WEB aziendale e all'Ufficio Relazioni con il Pubblico aziendale.



Nel corso del biennio di validità dell'autorizzazione all'AIP, entro il **30 giugno** ed il **30 dicembre** di ogni anno è consentito ai prestatori già inseriti nell'Elenco dei Soggetti Autorizzati di variare la tariffa oraria e di integrare i nominativi di eventuali collaboratori. La nuova tariffa potrà essere praticata dal momento in cui l'Elenco dei Soggetti Autorizzati sarà aggiornato e, comunque, dal quarantacinquesimo giorno successivo alla data del 30 giugno o del 30 dicembre di ogni anno (farà fede la data di protocollazione in arrivo della domanda).

Per ciascun nuovo collaboratore, la domanda dovrà essere corredata da copia del tesserino/tessera rilasciato/a dalla struttura in cui esso opera. Il nuovo collaboratore potrà prestare AIP dalla data di apposizione del timbro della Struttura di ricovero sul tesserino di riconoscimento nominativo di cui all'allegato 4.

Il titolare dell'autorizzazione è tenuto a comunicare alla Direzione Generale dell'Azienda, per iscritto e con immediatezza, qualsiasi modifica inerente il contenuto della documentazione presentata, al fine di consentire la valutazione della permanenza dei requisiti richiesti.

Gli stati, i fatti e le dichiarazioni rese sono autocertificate dal presentatore della domanda per l'inserimento nell'Elenco dei Soggetti Autorizzati, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e della Legge 241/1990.

Art. 7 DOVERI DEL PERSONALE DELL'AZIENDA

E' fatto assoluto divieto al personale dipendente di fungere da intermediario tra il prestatore di AIP e il degente. Il personale dell'Azienda si dovrà limitare ad indicare il luogo in cui è esposto l'Elenco dei Soggetti Autorizzati.

Al di fuori dell'orario di visita, la presenza nelle UU.OO. di degenza di soggetti prestatori di AIP, anche a titolo gratuito, deve essere formalmente autorizzata dal Coordinatore Infermieristico o da un infermiere da esso delegato. Nel caso di assistenza notturna, l'ingresso in Reparto dovrà avvenire entro le ore 21.

E' fatto assoluto divieto al personale dipendente dell'Azienda di ammettere la presenza nelle strutture di degenza di singoli soggetti prestatori di AIP a titolo oneroso che non siano presenti nell'Elenco dei Soggetti Autorizzati.

Il personale dipendente non può richiedere ai soggetti che svolgono AIP di compiere attività a carattere sanitario.

Il personale dipendente che non risulti in servizio è autorizzato, previa comunicazione scritta - anche attraverso mail - alla Direzione della struttura di ricovero, a prestare assistenza non sanitaria integrativa privata esclusivamente:

- a titolo gratuito;
- ai soli familiari, parenti, affini ed a persone con cui vi è un vincolo di affetto;



- in forme compatibili con le norme che regolano il rapporto di pubblico impiego (leggi nazionali, CCNL, leggi regionali, disposizioni aziendali) .

Il personale sanitario dovrà prontamente segnalare, in maniera circostanziata, alla Direzione della struttura di ricovero, eventuali comportamenti dei prestatori di assistenza non improntati al rispetto delle norme e delle regole aziendali.

Il rispetto delle norme contenute nel presente Regolamento e la funzione di vigilanza sulla loro applicazione sono affidate, rispettivamente, ai Coordinatori Infermieristici delle Unità Operative di degenza ed alla Direzione della struttura di ricovero.

Al fine di garantire trasparenza, i Coordinatori infermieristici delle singole UU.OO. terranno un quadro giornaliero riepilogativo aggiornato delle singole autorizzazioni all'ingresso in Reparto (**Registro delle Presenze**), rilasciate ai prestatori di AIP a titolo oneroso ricompresi nell'Elenco dei Soggetti Autorizzati, conservandone copia per almeno 24 mesi (allegato 9). Tali autorizzazioni (allegato 10), rilasciate dal Coordinatore infermieristico o da un infermiere formalmente da esso delegato, dovranno riportare sia il nome del prestatori di AIP, sia quello del soggetto assistito e potranno avere validità giornaliera o per più giorni (per un massimo di 5 giorni).

In caso di assenza, il Coordinatore dovrà nominare formalmente un infermiere che lo sostituisca nelle incombenze previste dal presente Regolamento.

Art. 8 IDONEITA' DEI PRESTATORI

Ai sensi delle vigenti disposizioni di legge in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro (D.Lgs 9 aprile 2008, n° 81), il Servizio Prevenzione e Protezione di questa Azienda si riserva la facoltà, attraverso il Medico Competente, di sottoporre a visita i soggetti interessati, ai fini dell'accertamento della loro idoneità fisica all'espletamento dell'attività di assistenza integrativa privata non sanitaria.

Art. 9 VERIFICHE, CONTROLLI E SANZIONI

Nel caso di mancato rispetto del presente Regolamento o di altre disposizioni eventualmente impartite dalle direzioni delle strutture di ricovero da parte di singoli prestatori di AIP, si provvederà alla cancellazione degli stessi dall'Elenco dei Soggetti Autorizzati, con l'automatica revoca dell'autorizzazione a svolgere l'attività di AIP.

La Direzione della struttura di ricovero, inoltre, raccoglierà le segnalazioni da parte del personale dell'Azienda di eventuali comportamenti scorretti e valuterà i provvedimenti da porre in essere (compresa la possibilità di denuncia all'autorità giudiziaria).

Anche la documentazione prodotta e le dichiarazioni effettuate potranno essere oggetto di controlli per verificarne la veridicità. In caso di dichiarazioni mendaci si procederà nei modi previsti dalle normative vigenti in materia. Il controllo relativo al rapporto economico tra le parti (degente

**USLUmbria2**

e soggetto che presta assistenza) e gli accertamenti sugli adempimenti fiscali e tributari a carico dei soggetti che prestano l'assistenza, sono di competenza degli organi preposti dalla legge.



USL Umbria2

ALLEGATO 1

U.O. DI

DIRETTORE/RESPONSABILE:

IL/LA SIG./SIG.RA _____

PUO' USUFRUIRE DI ASSISTENZA INTEGRATIVA PRIVATA NON SANITARIA SVOLTA A TITOLO GRATUITO DAI SOGGETTI PREVISTI DALL'ART. 3, COMMA 1, DEL RELATIVO REGOLAMENTO AZIENDALE:

DALLE ORE _____ ALLE ORE _____

DAL GIORNO _____ AL GIORNO _____

IL COORDINATORE INFERMIERISTICO
(Timbro e firma)

(DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA DI RICOVERO, ESEMPIO: PRESIDIO OSPEDALIERO DI)

ASSISTENZA INTEGRATIVA PRIVATA NON SANITARIA

ELENCO DEI SOGGETTI AUTORIZZATI

(Il presente elenco deve essere rilegato, numerato in maniera progressiva e vidimato dalla Direzione della Struttura di ricovero. Non sono ammesse aggiunte o correzioni a penna)

Il presente elenco consta di n. pagine.

IL DIRETTORE DELLA STRUTTURA DI RICOVERO

(timbro e firma)

SEZIONE 1 - COOPERATIVE SOCIALI

DENOMINAZIONE COOPERATIVA	TELEFONO	TARIFFA ORARIA, COMPRESIVA DI IVA (PREZZO FINITO)	ESPERIENZA IN MATERIA DI AIP MATURATA DALLA COOPERATIVA	
			SI	NO
NOMINATIVO SOCIO/COLLABORATORE			FORMAZIONE IN MATERIA DI AIP (SI/NO)	
			SI	NO

SEZIONE 2- ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO

DENOMINAZIONE ASSOCIAZIONE	TELEFONO	TARIFFA ORARIA, COMPRENSIVA DI IVA (PREZZO FINITO)	ESPERIENZA IN MATERIA DI AIP MATURATA DALL'ASSOCIAZIONE	
			SI	NO
NOMINATIVO SOCIO		GRATUITA	FORMAZIONE IN MATERIA DI AIP (SI/NO)	
		SI	NO	NO
		SI	NO	NO
		SI	NO	NO
		SI	NO	NO
		SI	NO	NO

SEZIONE 3- AGENZIE E COOPERATIVE CHE FORNISCONO ATTIVITA' DI ASSISTENZA

DENOMINAZIONE AGENZIA/ COOPERATIVA	TELEFONO	TARIFFA ORARIA, COMPRENSIVA DI IVA (PREZZO FINITO)	ESPERIENZA IN MATERIA DI AIP MATURATA DALL'ASSOCIAZIONE	
			SI	NO
NOMINATIVO ADDETTO				
			FORMAZIONE IN MATERIA DI AIP (SI/NO)	
			SI	NO

4



USLUmbria2

ALLEGATO 2

SEZIONE 4- IMPRESE INDIVIDUALI, SINGOLI SOGGETTI MAGGIORENNI PRESTATORI DI ASSISTENZA, MUNITI DI PARTITA IVA

GENERALITA' (DENOMINAZIONE, COGNOME E NOME)	TELEFONO	TARIFFA ORARIA, COMPRENSIVA DI IVA (PREZZO FINITO)	EVENTUALE FORMAZIONE ED ESPERIENZA ACQUISITA
NOMINATIVO COLLABORATORE (EVENTUALE)		FORMAZIONE IN MATERIA DI AIP (SI/NO)	
		SI	NO

ALLA DIREZIONE DELLA STRUTTURA DI RICOVERO
(dichiarazione ai sensi del DPR n. 445/2000 e della legge 241/1990)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____ residente in Via/Piazza /Loc. _____
Città _____ (Prov. _____) CAP _____
Stato _____ recapito telefonico _____
Rappresentante legale della Cooperativa _____
con sede legale in Via/Piazza/Loc _____
Città _____ (Prov. _____) CAP _____

CHIEDE

l'inserimento della Cooperativa nell'Elenco dei Soggetti Autorizzati a prestare l'AIP presso la Struttura di ricovero _____ di _____, precisando che la tariffa oraria praticata comprensiva di IVA (tariffa finita per l'utente) sarà di € _____

All'uopo dichiara, sotto la propria personale responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, che la Cooperativa:

- 1) è iscritta all'Albo Regionale delle Cooperative sociali;
- 2) possiede la partita I.V.A.;
- 3) ha come collaboratori, che saranno utilizzati per l'AIP, cittadini italiani o stranieri in regola con le norme vigenti in materia di soggiorno in Italia, esonerando l'Azienda da ogni responsabilità anche in termini di osservanza delle norme in materia di ordine pubblico;
- 4) ha già /non ha già prestato attività professionale in materia di assistenza integrativa (in caso affermativo, descrivere sinteticamente le esperienze acquisite e la struttura in cui le stesse sono maturate).

All'uopo, inoltre, dichiara sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci:

- 1) di aver/non aver riportato condanne penali e di essere/non essere a conoscenza di eventuali procedimenti penali a proprio carico in corso;
- 2) di aver preso visione del Regolamento per la disciplina dell'AIP di codesta Azienda, impegnandosi all'osservanza delle disposizioni in esso contenute;
- 3) di impegnarsi a dare piena ed integrale applicazione alla presente procedura per l'esercizio dell'AIP ed a rispettare la normativa vigente in materia di privacy e di sicurezza sui luoghi di lavoro;
- 4) di impegnarsi, altresì, al rispetto delle norme vigenti, comprese quelle aziendali, attinenti alle attività da svolgere ed al comportamento da tenere nel contesto della struttura di ricovero.



USL Umbria2

All'uopo, infine, dichiara sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, che i soggetti di seguito riportati sono formati in materia di AIP:

(riportare l'elenco in ordine alfabetico - cognome e nome - dei soggetti formati in materia di AIP).

Il sottoscritto, inoltre, libera da ogni responsabilità l'Azienda USL UMBRIA 2:

- per infortuni propri e dei membri della cooperativa (soci e collaboratori) durante l'AIP;
- per illecito contrattuale, negligenza, atto illecito, eventuali furti, danneggiamenti o smarrimenti da qualsiasi causa generati, inclusi i danni diretti o indiretti, derivanti o correlati all'attività di assistenza integrativa prestata.

Il sottoscritto, inoltre, allega alla presente:

- a) copia delle polizze assicurative (di responsabilità civile verso terzi e per gli infortuni dei collaboratori, sottoscritte secondo i massimali richiesti;
- b) l'elenco nominativo dei collaboratori e dei soci;
- c) un tesserino di riconoscimento nominativo, di cui all'allegato 4 del Regolamento aziendale, per ogni singolo collaboratore o socio che intende prestare attività di AIP;
- d) copia dei tesserini di riconoscimento della Cooperativa di tutti i collaboratori che presteranno attività di AIP;
- e) copia del documento d'identità del sottoscrittore della presente istanza e di tutti i collaboratori e soci che presteranno attività di AIP.

Il sottoscritto, infine:

- dichiara sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, che i soggetti che presteranno AIP non hanno legami di parentela o comunque rapporti e/o interessi di qualunque natura con titolari e/o soci di agenzie di onoranze funebri.
- si impegna a comunicare qualsiasi variazione rispetto a quanto dichiarato nella presente domanda.

Luogo e data _____

FIRMA

MODALITA' DI PREDISPOSIZIONE DEL PROPRIO TESSERINO DI RICONOSCIMENTO

Il tesserino, per essere valido, dovrà:

- riportare la denominazione della Struttura di ricovero ed il timbro della Direzione della stessa;
- indicare l'anno di validità;
- riportare le scritte nei colori nero e rosso, indicati nell'esempio;
- essere realizzato in cartoncino rigido di colore bianco, seguendo perfettamente lo schema sotto riportato.

Successivamente all'apposizione del timbro della direzione della Struttura di ricovero il tesserino potrà essere plastificato. Il contenitore di plastica in cui sarà eventualmente contenuto non dovrà presentare angoli vivi.

Esempio:



ALLA DIREZIONE DELLA STRUTTURA DI RICOVERO
(dichiarazione ai sensi del DPR n. 445/2000 e della legge 241/1990)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____ residente in Via/Piazza /Loc. _____
Città _____ (Prov. _____) CAP _____
Stato _____ recapito telefonico _____
Rappresentante legale dell'associazione di Volontariato _____
con sede legale in Via/Piazza/Loc. _____
Città _____ (Prov. _____) CAP _____

CHIEDE

l'inserimento dell'Associazione di Volontariato nell'Elenco dei Soggetti Autorizzati a prestare l'AIP presso la Struttura di ricovero _____ di _____ precisando che l'attività sarà svolta a titolo gratuito.

All'uopo dichiara, sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, che l'Associazione:

- 1) è iscritta al Registro regionale delle organizzazioni di Volontariato;
- 2) ha come soci, che saranno utilizza per l'AIP, cittadini italiani o stranieri in regola con le norme vigenti in materia di soggiorno in Italia, esonerando l'Azienda da ogni responsabilità anche in termini di osservanza delle norme in materia di ordine pubblico;
- 3) ha già /non ha già prestato attività professionale in materia di assistenza integrativa (in caso affermativo, descrivere sinteticamente le esperienze acquisite e la struttura in cui le stesse sono maturate).

All'uopo, inoltre, dichiara sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci:

- 1) di aver/non aver riportato condanne penali e di essere/non essere a conoscenza di eventuali procedimenti penali a proprio carico in corso;
- 2) di aver preso visione del Regolamento per la disciplina dell'AIP di codesta Azienda, impegnandosi all'osservanza delle disposizioni in esso contenute;
- 3) di impegnarsi a dare piena ed integrale applicazione alla presente procedura per l'esercizio dell'AIP ed a rispettare la normativa vigente in materia di privacy e di sicurezza sui luoghi di lavoro;
- 4) di impegnarsi, altresì, al rispetto delle norme vigenti, comprese quelle aziendali, attinenti alle attività da svolgere ed al comportamento da tenere nel contesto della struttura di ricovero.



USL Umbria 2

All'uopo, infine, dichiara sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, che i soggetti di seguito riportati sono formati in materia di AIP:

(riportare l'elenco in ordine alfabetico - cognome e nome - dei soggetti formati in materia di AIP).

Il sottoscritto, inoltre, libera da ogni responsabilità l'Azienda USL UMBRIA 2:

- per infortuni propri e dei propri soci durante l'AIP;
- per illecito contrattuale, negligenza, atto illecito, eventuali furti, danneggiamenti o smarrimenti da qualsiasi causa generati, inclusi i danni diretti o indiretti, derivanti o correlati all'attività di assistenza integrativa prestata.

Il sottoscritto, inoltre, allega alla presente:

- a) copia delle polizze assicurative (di responsabilità civile verso terzi e per gli infortuni dei soci), sottoscritte secondo i massimali richiesti;
- b) l'elenco nominativo dei soci;
- c) un tesserino di riconoscimento nominativo, di cui all'allegato 4 del Regolamento aziendale, per ogni singolo socio che intende prestare attività di AIP;
- d) copia delle tessere di riconoscimento dell'Associazione di Volontariato di tutti i soci che presteranno attività di AIP;
- e) copia del documento d'identità del sottoscrittore della presente istanza e di tutti i soci che presteranno attività di AIP.

Il sottoscritto, infine:

- dichiara sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, che i soggetti che presteranno AIP non hanno legami di parentela o comunque rapporti e/o interessi di qualunque natura con titolari e/o soci di agenzie di onoranze funebri.
- si impegna a comunicare qualsiasi variazione rispetto a quanto dichiarato nella presente domanda.

Luogo e data _____

FIRMA

ALLA DIREZIONE DELLA STRUTTURA DI RICOVERO
(dichiarazione ai sensi del DPR n. 445/2000 e della legge 241/1990)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____ residente in Via/Piazza /Loc. _____
Città _____ (Prov. _____) CAP _____
Stato _____ recapito telefonico _____
Rappresentante legale della Cooperativa/Agenzia _____
con sede legale in Via/Piazza/Loc. _____
Città _____ (Prov. _____) CAP _____

CHIEDE

l'inserimento della Cooperativa/Agenzia che fornisce attività di assistenza nell'Elenco dei Soggetti Autorizzati a prestare l'AIP presso la struttura di ricovero _____ di _____, precisando che la tariffa oraria praticata, comprensiva di IVA (tariffa finita per l'utente) sarà di € _____.

All'uopo dichiara, sotto la propria personale responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, che la Cooperativa/Agenzia:

- 1) é iscritta alla Camera di Commercio di _____;
- 2) possiede la partita I.V.A.;
- 3) ha come collaboratori, che saranno utilizzanti nell'AIP, cittadini italiani o stranieri in regola con le norme vigenti in materia di soggiorno in Italia, esonerando l'Azienda da ogni responsabilità anche in termini di osservanza delle norme in materia di ordine pubblico;
- 4) ha già /non ha già prestato attività professionale in materia di assistenza integrativa (in caso affermativo, descrivere sinteticamente le esperienze acquisite e la struttura in cui le stesse sono maturate).

All'uopo, inoltre, dichiara sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci:

- 1) di aver/non aver riportato condanne penali e di non essere/non essere a conoscenza di eventuali procedimenti penali a proprio carico in corso;
- 2) di aver preso visione del Regolamento per la disciplina dell'AIP di codesta Azienda, impegnandosi all'osservanza delle disposizioni in esso contenute;

- 3) di impegnarsi a dare piena ed integrale applicazione alla presente procedura per l'esercizio dell'AIP ed a rispettare la normativa vigente in materia di privacy e di sicurezza sui luoghi di lavoro;
- 4) di impegnarsi, altresì, al rispetto delle norme vigenti, comprese quelle aziendali, attinenti alle attività da svolgere ed al comportamento da tenere nel contesto della struttura di ricovero.

All'uopo, infine, dichiara sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, che i soggetti di seguito riportati sono formati in materia di AIP:

(riportare l'elenco in ordine alfabetico - cognome e nome - dei soggetti formati in materia di AIP).

Il sottoscritto, inoltre, libera da ogni responsabilità l'Azienda USL UMBRIA 2:

- per infortuni propri e dei propri collaboratori durante l'assistenza integrativa;
- per illecito contrattuale, negligenza, atto illecito, eventuali furti, danneggiamenti o smarrimenti da qualsiasi causa generati, inclusi i danni diretti o indiretti, derivanti o correlati all'attività di assistenza integrativa prestata.

Il sottoscritto, inoltre, allega alla presente:

- a) copia delle polizze assicurative (di responsabilità civile verso terzi e per gli infortuni dei propri collaboratori), sottoscritte secondo i massimali richiesti;
- b) l'elenco nominativo dei collaboratori;
- c) un tesserino di riconoscimento nominativo, di cui all'allegato 4 del Regolamento aziendale, per ogni singolo collaboratore che intende prestare attività di AIP;
- d) copia dei tesserini di riconoscimento della Cooperativa/Agenzia di tutti i collaboratori che presteranno attività di AIP;
- e) copia del documento d'identità del sottoscrittore della presente istanza e di tutti i collaboratori che presteranno attività di AIP.

Il sottoscritto, infine:

- dichiara sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, che i soggetti che presteranno AIP non hanno legami di parentela o comunque rapporti e/o interessi di qualunque natura con titolari e/o soci di agenzie di onoranze funebri.
- si impegna a comunicare qualsiasi variazione rispetto a quanto dichiarato nella presente domanda.

Luogo e data _____

FIRMA

ALLA DIREZIONE DELLA STRUTTURA DI RICOVERO
(dichiarazione ai sensi del DPR n. 445/2000 e della legge 241/1990)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____ residente in Via/Piazza /Loc. _____
Città _____ (Prov. _____) CAP _____
Stato _____ recapito telefonico _____

CHIEDE

l'inserimento nell'Elenco dei Soggetti Autorizzati a prestare l'AIP presso la struttura di ricovero _____ di _____, precisando che la tariffa oraria praticata, comprensiva di IVA (tariffa finita per l'utente) sarà di € _____.

All'uopo dichiara, sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci:

- 1) di possedere la partita I.V.A.;
- 2) di essere cittadino italiano/ di essere straniero in regola con le norme vigenti in materia di soggiorno in Italia, esonerando l'Azienda da ogni responsabilità anche in termini di osservanza delle norme in materia di ordine pubblico;
- 3) di aver/di non aver già prestato attività professionale in materia di assistenza integrativa (in caso affermativo, descrivere sinteticamente le esperienze acquisite e la struttura in cui le stesse sono maturate);
- 4) di aver/non aver riportato condanne penali e di essere/non essere a conoscenza di eventuali procedimenti penali in corso;
- 5) di aver preso visione del Regolamento per la disciplina dell'AIP di codesta Azienda, impegnandosi all'osservanza delle disposizioni in esso contenute;
- 6) di impegnarsi a dare piena ed integrale applicazione alla presente procedura per l'esercizio dell'AIP ed a rispettare la normativa vigente in materia di privacy e di sicurezza sui luoghi di lavoro;
- 7) di impegnarsi, altresì, al rispetto delle norme vigenti, comprese quelle aziendali, attinenti alle attività da svolgere ed al comportamento da tenere nel contesto della struttura di ricovero.

All'uopo, infine, dichiara sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, che i soggetti di seguito riportati sono formati in materia di AIP:

(riportare l'elenco in ordine alfabetico - cognome e nome - di eventuali collaboratori formati in materia di AIP).



USLUmbria2

Il sottoscritto, inoltre, libera da ogni responsabilità la Azienda USL UMBRIA 2:

- per infortuni propri e degli eventuali propri collaboratori durante l'AIP;
- per illecito contrattuale, negligenza, atto illecito, eventuali furti, danneggiamenti o smarrimenti da qualsiasi causa generati, inclusi i danni diretti o indiretti, derivanti o correlati all'attività di assistenza integrativa prestata.

Il sottoscritto, inoltre, allega alla presente:

- a) copia delle polizze assicurative (di responsabilità civile verso terzi e per gli infortuni di eventuali collaboratori), sottoscritte secondo i massimali richiesti;
- b) l'elenco nominativo di eventuali collaboratori;
- c) un tesserino di riconoscimento nominativo, di cui all'allegato 4 del Regolamento aziendale, personale e per ogni singolo eventuale collaboratore;
- d) copia del documento d'identità del sottoscrittore della presente istanza e di tutti gli eventuali collaboratori che presteranno attività di AIP.

Il sottoscritto, infine:

- dichiara sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, che i soggetti che presteranno AIP non hanno legami di parentela o comunque rapporti e/o interessi di qualunque natura con titolari e/o soci di agenzie di onoranze funebri.
- si impegna a comunicare qualsiasi variazione rispetto a quanto dichiarato nella presente domanda.

Luogo e data _____

FIRMA

ASSISTENZA INTEGRATIVA PRIVATA NON SANITARIA (AIP)

AVVISO

Ai sensi del "Regolamento per la disciplina dell'assistenza integrativa privata non sanitaria" (di seguito anche Regolamento), approvato con Delibera del Direttore Generale dell'Azienda USL UMBRIA2 n° del e pubblicato sul sito istituzionale aziendale www.uslumbria2.it (indicare con precisione le modalità per un facile accesso al Regolamento... per esempio, Sezione del sito, ecc), viene emanato il presente Avviso volto a regolare le attività di assistenza integrativa privata non sanitaria (di seguito anche AIP) nei confronti dei pazienti ricoverati, svolte dalle seguenti tipologie di soggetti:

1. **Cooperative Sociali**, iscritte all'Albo Regionale delle Cooperative Sociali, di cui alla L.R. 9/2005;
2. **Associazioni di Volontariato Sociale**, iscritte nel Registro Regionale delle Organizzazioni di Volontariato, di cui alla L.R. 15/1994;
3. **Agenzie e Cooperative che forniscono attività di assistenza**, iscritte alla Camera di Commercio;
4. **Imprese individuali, singoli soggetti maggiorenni prestatori di assistenza**, muniti di partita d'IVA.

Non sono, quindi, oggetto del presente Avviso le attività di AIP svolte dagli altri soggetti previsti all'art. 3 del Regolamento.

L'assistenza integrativa privata non sanitaria si configura come l'insieme delle attività di supporto affettivo e relazionale prestate, su base volontaria o a pagamento, alle persone ricoverate. Sono, quindi, da ritenersi escluse da tali attività tutte le funzioni proprie dell'assistenza sanitaria, erogate e garantite esclusivamente dal personale dell'Azienda USL UMBRIA2.

Il presente Avviso è pubblicato nell'ALBO PRETORIO ON LINE AZIENDALE, alla Sezione "PUBBLICAZIONI IN CORSO" – "VARIE" ed è accessibile attraverso il sito internet istituzionale, al seguente indirizzo: www.uslumbria2.it.

Coloro che intendono prestare AIP sono tenuti a presentare apposita domanda per l'inserimento nell'Elenco dei Soggetti Autorizzati (di seguito anche Elenco), redatta secondo i facsimile riportati nell'allegato A, che costituisce parte integrante del presente Avviso.

(Indicare la struttura di ricovero ed il telefono)

Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2
Tel 0744 2041 / fax 0744 30 36 39

Sede legale (provvisoria)
05100 – Terni Viale D. Bramante 37

(l.r. n° 18/ 12. 1 1. .2012)
p. iva / c.f. 01499590550

Tale Elenco, depositato in originale presso la Direzione del (indicare la struttura di ricovero), sarà consultabile presso le singole Unità Operative (Reperti) di degenza.

Nell'elenco verranno riportate le seguenti indicazioni: dati identificativi del soggetto prestatore di AIP, recapito telefonico, tariffa oraria applicata IVA inclusa (tariffa finita per l'utente), eventuale formazione acquisita in materia di AIP.

Alla domanda per l'inserimento nell'Elenco dei Soggetti Autorizzati, dovrà essere allegata la seguente documentazione:

- 1) copia di polizza assicurativa per la copertura dei rischi di responsabilità civile verso terzi, per un massimale di almeno € 1.000.000,00, importo unico (obbligatoria per tutte le tipologie di soggetti). La polizza dovrà riportare le seguenti clausole: "l'Azienda USL UMBRIA2 deve essere considerata terza", "l'esclusione della rivalsa in capo all'Azienda USL UMBRIA2";
- 2) copia di polizza assicurativa, a garanzia degli infortuni dei collaboratori durante l'AIP, per un massimale di almeno € 150.000,00 per morte ed € 250.000,00 per invalidità permanente. Tutti i soggetti prestatori di AIP dovranno essere in regola con le norme in materia di infortuni sul lavoro;
- 3) elenco nominativo dei soci/collaboratori;
- 4) tesserino di riconoscimento, predisposto per ciascun prestatore di AIP secondo le modalità previste dall'allegato B del presente Avviso (per tutte le tipologie di soggetti);
- 5) copia del documento d'identità o di riconoscimento (carta di identità o passaporto) del sottoscrittore della domanda (per tutte le tipologie di soggetti);
- 6) copia del documento d'identità o di riconoscimento (carta di identità o passaporto) di tutti i collaboratori che si intendono inserire nell'Elenco;
- 7) tessera/tesserino di riconoscimento nominativo, rilasciato dai soggetti oggetto del presente Avviso ai soci/collaboratori che si intendono inserire nell'Elenco, così come previsto all'art. 5 del Regolamento;

La domanda di inserimento nell'Elenco dei Soggetti Autorizzati, redatta in carta semplice, datata e firmata, dovrà pervenire alla Direzione del (indicare la struttura di ricovero) entro 60 giorni dalla data di pubblicazione del presente Avviso sul Sito aziendale.

L'autorizzazione ad espletare l'AIP decorrerà dalla data di inserimento nell'Elenco dei Soggetti Autorizzati ed avrà validità biennale.

Nel corso del biennio di riferimento è consentito ai soggetti già inseriti nell'Elenco di variare la tariffa oraria e di integrare i nominativi dei propri collaboratori, con le modalità previste nel Regolamento aziendale.

Il mancato rispetto del Regolamento o delle disposizioni impartite dalla Direzione della Struttura di ricovero comporteranno la cancellazione dall'Elenco dei Soggetti Autorizzati, con l'automatica revoca dell'autorizzazione a svolgere l'attività oggetto del presente Avviso.

(indicare la struttura di ricovero ed il telefono)

Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2
Tel 0744 2041 / fax 0744 30 36 39

Sede legale (provvisoria)
05100 - Terni Viale D. Bramante 37

(l.r. n° 18/ 12. 1 1. .2012)
p. iva / c.f. 01499590550

La documentazione prodotta e le dichiarazioni effettuate potranno essere oggetto di controlli per verificarne la veridicità.

La Direzione della struttura di ricovero, inoltre, raccoglierà le segnalazioni di eventuali comportamenti non conformi alle norme dei soggetti prestatori di AIP e valuterà i provvedimenti da porre in essere (compresa la possibilità di denuncia all'autorità giudiziaria).

Ai sensi di quanto disposto dall'art. 13, comma 1, del D.Lgs 30/6/2003, n° 196, i dati personali forniti dai soggetti interessati saranno raccolti presso la Direzione della Struttura di ricovero, per le finalità di gestione del presente Avviso.

Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2, con Sede legale provvisoria in Terni, Viale Donato Bramante n° 37, nella persona del Direttore Generale Pro-tempore.

Responsabile del trattamento dati è il Direttore/Responsabile della Struttura di ricovero.

Al Titolare o al Responsabile del trattamento dei dati gli interessati potranno rivolgersi per far valere i diritti previsti dall'art. 7 del D.lgs n° 196/2003, al fine di verificare le finalità, le modalità e la logica del trattamento dei dati.

Ai sensi delle vigenti disposizioni di legge in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro (D.Lgs 9 aprile 2008, n° 81), il Servizio Prevenzione e Protezione di questa Azienda si riserva la facoltà, attraverso il Medico Competente, di sottoporre a visita i soggetti prestatori di AIP.

L'Azienda si riserva, inoltre, la facoltà di prorogare, sospendere, modificare o revocare il presente Avviso.

Per quanto non espressamente previsto nel presente Avviso, si fa riferimento al Regolamento ed alle vigenti norme in materia, in quanto applicabili.

IL DIRETTORE
(Dr.)

(indicare la struttura di ricovero ed il telefono)

Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2	Sede legale (provvisoria)	(l.r. n° 18/ 12. 1 1. .2012)
Tel 0744 2041 / fax 0744 30 36 39	05100 - Terni Viale D. Bramante 37	p. iva / c.f. 01499590550

U.O.

DIRETTORE/RESPONSABILE.....

REGISTRO PRESENZE PRESTATORI DI AIP

DAL

AL

(Il presente registro deve essere rilegato, numerato in maniera progressiva e vidimato dalla Direzione della struttura di ricovero).

(indicare la Struttura di ricovero ed il telefono)

Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2 Tel 0744 2041 / fax 0744 30 36 39	Sede legale (provvisoria) 05100 – Terni Viale D. Bramante 37	(l.r. n° 18/ 12. 1 1. .2012) p. iva / c.f. 01499590550
------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------



USL Umbria 2

ALLEGATO 10

U.O.

DIRETTORE/RESPONSABILE.....

AUTORIZZAZIONE AIP

IL/LA SIG./SIG.RA _____
GIA' INSERITA NELL'ELENCO DEI SOGGETTI AUTORIZZATI, PUO' SVOLGERE ASSISTENZA
INTEGRATIVA PRIVATA NON SANITARIA:

DALLE ORE _____ ALLE ORE _____

DAL GIORNO _____ AL GIORNO _____

(dal giorno di rilascio, tale autorizzazioni non può avere una validità superiore a 5 giorni)

IL COORDINATORE INFERMIERISTICO
(Timbro e firma)

Intestazione (inserire la *denominazione della Struttura di ricovero, per esempio "Presidio Ospedaliero di ..."*)

ASSISTENZA INTEGRATIVA PRIVATA NON SANITARIA (AIP)

AVVISO

Ai sensi del "Regolamento per la disciplina dell'assistenza integrativa privata non sanitaria" (di seguito anche Regolamento), approvato con Delibera del Direttore Generale dell'Azienda USL UMBRIA2 n° del e pubblicato sul sito istituzionale aziendale www.uslumbria2.it (indicare con precisione le modalità per un facile accesso al Regolamento... per esempio, Sezione del sito, ecc), viene emanato il presente Avviso volto a regolare le attività di assistenza integrativa privata non sanitaria (di seguito anche AIP) nei confronti dei pazienti ricoverati, svolte dalle seguenti tipologie di soggetti:

1. **Cooperative Sociali**, iscritte all'Albo Regionale delle Cooperative Sociali, di cui alla L.R. 9/2005;
2. **Associazioni di Volontariato Sociale**, iscritte nel Registro Regionale delle Organizzazioni di Volontariato, di cui alla L.R. 15/1994;
3. **Agenzie e Cooperative** che forniscono attività di assistenza, iscritte alla Camera di Commercio;
4. **Imprese individuali**, singoli soggetti maggiorenni prestatori di assistenza, muniti di partita d'IVA.

Non sono, quindi, oggetto del presente Avviso le attività di AIP svolte dagli altri soggetti previsti all'art. 3 del Regolamento.

L'assistenza integrativa privata non sanitaria si configura come l'insieme delle attività di supporto affettivo e relazionale prestate, su base volontaria o a pagamento, alle persone ricoverate. Sono, quindi, da ritenersi escluse da tali attività tutte le funzioni proprie dell'assistenza sanitaria, erogate e garantite esclusivamente dal personale dell'Azienda USL UMBRIA2.

Il presente Avviso è pubblicato nell'ALBO PRETORIO ON LINE AZIENDALE, alla Sezione "PUBBLICAZIONI IN CORSO" – "VARIE" ed è accessibile attraverso il sito internet istituzionale, al seguente indirizzo: www.uslumbria2.it.

(indicare la Struttura di ricovero ed il telefono)

Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2
Tel 0744 2041 / fax 0744 30 36 39

Sede legale (provvisoria)
05100 – Terni Viale D. Bramante 37

(l.r. n° 18/ 12. 1 1. .2012)
p. iva / c.f. 01499590550

Intestazione (inserire la *denominazione della Struttura di ricovero, per esempio "Presidio Ospedaliero di ..."*)

Coloro che intendono prestare AIP sono tenuti a presentare apposita domanda per l'inserimento nell'Elenco dei Soggetti Autorizzati (di seguito anche Elenco), redatta secondo i fac-simile riportati nell'allegato A, che costituisce parte integrante del presente Avviso.

Tale Elenco, depositato in originale presso la Direzione del (*indicare la struttura di ricovero*), sarà consultabile presso le singole Unità Operative (Reparti) di degenza.

Nell'elenco verranno riportate le seguenti indicazioni: dati identificativi del soggetto prestatore di AIP, recapito telefonico, tariffa oraria applicata IVA inclusa (tariffa finita per l'utente), eventuale formazione acquisita in materia di AIP.

Alla domanda per l'inserimento nell'Elenco dei Soggetti Autorizzati, dovrà essere allegata la seguente documentazione:

- 1) copia di polizza assicurativa per la copertura dei rischi di responsabilità civile verso terzi, per un massimale di almeno € 1.000.000,00, importo unico (obbligatoria per tutte le tipologie di soggetti). La polizza dovrà riportare le seguenti clausole: "l'Azienda USL UMBRIA2 deve essere considerata terza", "l'esclusione della rivalsa in capo all'Azienda USL UMBRIA2";
- 2) copia di polizza assicurativa, a garanzia degli infortuni dei collaboratori durante l'AIP, per un massimale di almeno € 150.000,00 per morte ed € 250.000,00 per invalidità permanente. Tutti i soggetti prestatori di AIP dovranno essere in regola con le norme in materia di infortuni sul lavoro;
- 3) elenco nominativo dei soci/collaboratori;
- 4) tesserino di riconoscimento, predisposto per ciascun prestatore di AIP secondo le modalità previste dall'allegato B del presente Avviso (per tutte le tipologie di soggetti);
- 5) copia del documento d'identità o di riconoscimento (carta di identità o passaporto) del sottoscrittore della domanda (per tutte le tipologie di soggetti);
- 6) copia del documento d'identità o di riconoscimento (carta di identità o passaporto) di tutti i collaboratori che si intendono inserire nell'Elenco;
- 7) tessera/tesserino di riconoscimento nominativo, rilasciato dai soggetti oggetto del presente Avviso ai soci/collaboratori che si intendono inserire nell'Elenco, così come previsto all'art. 5 del Regolamento;

La domanda di inserimento nell'Elenco dei Soggetti Autorizzati, redatta in carta semplice, datata e firmata, dovrà pervenire alla Direzione del (*indicare la struttura di ricovero*) entro 60 giorni dalla data di pubblicazione del presente Avviso sul Sito aziendale.

L'autorizzazione ad espletare l'AIP decorrerà dalla data di inserimento nell'Elenco dei Soggetti Autorizzati ed avrà validità biennale.

(indicare la Struttura di ricovero ed il telefono)

Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2
Tel 0744 2041 / fax 0744 30 36 39

Sede legale (provvisoria)
05100 – Terni Viale D. Bramante 37

(l.r. n° 18/ 12. 1 1. .2012)
p. iva / c.f. 01499590550

Intestazione (inserire la *denominazione della Struttura di ricovero, per esempio "Presidio Ospedaliero di ..."*)

Nel corso del biennio di riferimento è consentito ai soggetti già inseriti nell'Elenco di variare la tariffa oraria e di integrare i nominativi dei propri collaboratori, con le modalità previste nel Regolamento aziendale.

Il mancato rispetto del Regolamento o delle disposizioni impartite dalla Direzione della Struttura di ricovero comporteranno la cancellazione dall'Elenco dei Soggetti Autorizzati, con l'automatica revoca dell'autorizzazione a svolgere l'attività oggetto del presente Avviso.

La documentazione prodotta e le dichiarazioni effettuate potranno essere oggetto di controlli per verificarne la veridicità.

La Direzione della struttura di ricovero, inoltre, raccoglierà le segnalazioni di eventuali comportamenti non conformi alle norme dei soggetti prestatori di AIP e valuterà i provvedimenti da porre in essere (compresa la possibilità di denuncia all'Autorità giudiziaria).

Ai sensi di quanto disposto dall'art. 13, comma 1, del D.Lgs 30/6/2003, n° 196, i dati personali forniti dai soggetti interessati saranno raccolti presso la Direzione della Struttura di ricovero, per le finalità di gestione del presente Avviso.

Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2, con Sede legale provvisoria in Terni, Viale Donato Bramante n° 37, nella persona del Direttore Generale Pro-tempore.

Responsabile del trattamento dati è il Direttore/Responsabile della Struttura di ricovero.

Al Titolare o al Responsabile del trattamento dei dati gli interessati potranno rivolgersi per far valere i diritti previsti dall'art. 7 del D.Lgs n° 196/2003, al fine di verificare le finalità, le modalità e la logica del trattamento dei dati.

Ai sensi delle vigenti disposizioni di legge in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro (D.Lgs 9 aprile 2008, n° 81), il Servizio Prevenzione e Protezione di questa Azienda si riserva la facoltà, attraverso il Medico Competente, di sottoporre a visita i soggetti prestatori di AIP.

L'Azienda si riserva, inoltre, la facoltà di prorogare, sospendere, modificare o revocare il presente Avviso.

Per quanto non espressamente previsto nel presente Avviso, si fa riferimento al Regolamento ed alle vigenti norme in materia, in quanto applicabili.

IL DIRETTORE
(Dr.)

(indicare la Struttura di ricovero ed il telefono)

Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2
Tel 0744 2041 / fax 0744 30 36 39

Sede legale (provvisoria)
05100 – Terni Viale D. Bramante 37

(l.r. n° 18/ 12. 1 1. .2012)
p. iva / c.f. 01499590550

fac-simile domanda Cooperative

ALLA DIREZIONE DELLA STRUTTURA DI RICOVERO
(dichiarazione ai sensi del DPR n. 445/2000 e della legge 241/1990)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ residente in Via/Piazza /Loc. _____

Città _____ (Prov. _____) CAP _____

Stato _____ recapito telefonico _____

Rappresentante legale della Cooperativa _____

con sede legale in Via/Piazza/Loc _____

Città _____ (Prov. _____) CAP _____

CHIEDE

l'inserimento della Cooperativa nell'Elenco dei Soggetti Autorizzati a prestare l'AIP presso la Struttura di ricovero _____ di _____, precisando che la tariffa oraria praticata comprensiva di IVA (tariffa finita per l'utente) sarà di € _____

All'uopo dichiara, sotto la propria personale responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, che la Cooperativa:

- 1) è iscritta all'Albo Regionale delle Cooperative sociali;
- 2) possiede la partita I.V.A.;
- 3) ha come collaboratori, che saranno utilizzati per l'AIP, cittadini italiani o stranieri in regola con le norme vigenti in materia di soggiorno in Italia, esonerando l'Azienda da ogni responsabilità anche in termini di osservanza delle norme in materia di ordine pubblico;
- 4) ha già /non ha già prestato attività professionale in materia di assistenza integrativa (in caso affermativo, descrivere sinteticamente le esperienze acquisite e la struttura in cui le stesse sono maturate).

All'uopo, inoltre, dichiara sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci:

- 1) di aver/non aver riportato condanne penali e di essere/non essere a conoscenza di eventuali procedimenti penali a proprio carico in corso;
- 2) di aver preso visione del Regolamento per la disciplina dell'AIP di codesta Azienda, impegnandosi all'osservanza delle disposizioni in esso contenute;

(indicare la struttura di ricovero ed il telefono)

Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2
Tel 0744 2041 / fax 0744 30 36 39

Sede legale (provvisoria)
05100 - Terni Viale D. Bramante 37

(l.r. n° 18/ 12. 1 1. .2012)
p. iva / c.f. 01499590550

- 3) di impegnarsi a dare piena ed integrale applicazione alla presente procedura per l'esercizio dell'AIP ed a rispettare la normativa vigente in materia di privacy e di sicurezza sui luoghi di lavoro;
- 4) di impegnarsi, altresì, al rispetto delle norme vigenti, comprese quelle aziendali, attinenti alle attività da svolgere ed al comportamento da tenere nel contesto della struttura di ricovero.

All'uopo, infine, dichiara sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, che i soggetti di seguito riportati sono formati in materia di AIP:

(riportare l'elenco in ordine alfabetico - cognome e nome - dei soggetti formati in materia di AIP).

Il sottoscritto, inoltre, libera da ogni responsabilità l'Azienda USL UMBRIA 2:

- per infortuni propri e dei membri della cooperativa (soci e collaboratori) durante l'AIP;
- per illecito contrattuale, negligenza, atto illecito, eventuali furti, danneggiamenti o smarrimenti da qualsiasi causa generati, inclusi i danni diretti o indiretti, derivanti o correlati all'attività di assistenza integrativa prestata.

Il sottoscritto, inoltre, allega alla presente:

- a) copia delle polizze assicurative (di responsabilità civile verso terzi e per gli infortuni dei collaboratori, sottoscritte secondo i massimali richiesti;
- b) l'elenco nominativo dei collaboratori e dei soci;
- c) un tesserino di riconoscimento nominativo, di cui all'allegato 4 del Regolamento aziendale, per ogni singolo collaboratore o socio che intende prestare attività di AIP;
- d) copia dei tesserini di riconoscimento della Cooperativa di tutti i collaboratori che presteranno attività di AIP;
- e) copia del documento d'identità del sottoscrittore della presente istanza e di tutti i collaboratori e soci che presteranno attività di AIP.

Il sottoscritto, infine:

- dichiara sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, che i soggetti che presteranno AIP non hanno legami di parentela o comunque rapporti e/o interessi di qualunque natura con titolari e/o soci di agenzie di onoranze funebri.
- si impegna a comunicare qualsiasi variazione rispetto a quanto dichiarato nella presente domanda.

Luogo e data _____

FIRMA

(Indicare la struttura di ricovero ed il telefono)

Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2
Tel 0744 2041 / fax 0744 30 36 39

Sede legale (provvisoria)
05100 - Terni Viale D. Bramante 37

(l.r. n° 18/ 12. 1 1. .2012)
p. iva / c.f. 01499590550

fac-simile domanda Associazioni di Volontariato

ALLA DIREZIONE DELLA STRUTTURA DI RICOVERO
(dichiarazione ai sensi del DPR n. 445/2000 e della legge 241/1990)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____ residente in Via/Piazza /Loc. _____
Città _____ (Prov. _____) CAP _____
Stato _____ recapito telefonico _____
Rappresentante legale dell'associazione di Volontariato _____
con sede legale in Via/Piazza/Loc. _____
Città _____ (Prov. _____) CAP _____

CHIEDE

l'inserimento dell'Associazione di Volontariato nell'Elenco dei Soggetti Autorizzati a prestare l'AIP presso la Struttura di ricovero _____ di _____, precisando che l'attività sarà svolta a titolo gratuito.

All'uopo dichiara, sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, che l'Associazione:

- 1) è iscritta al Registro regionale delle organizzazioni di Volontariato;
- 2) ha come soci, che saranno utilizza per l'AIP, cittadini italiani o stranieri in regola con le norme vigenti in materia di soggiorno in Italia, esonerando l'Azienda da ogni responsabilità anche in termini di osservanza delle norme in materia di ordine pubblico;
- 3) ha già /non ha già prestato attività professionale in materia di assistenza integrativa (in caso affermativo, descrivere sinteticamente le esperienze acquisite e la struttura in cui le stesse sono maturate).

All'uopo, inoltre, dichiara sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci:

- 1) di aver/non aver riportato condanne penali e di essere/non essere a conoscenza di eventuali procedimenti penali a proprio carico in corso;
- 2) di aver preso visione del Regolamento per la disciplina dell'AIP di codesta Azienda, impegnandosi all'osservanza delle disposizioni in esso contenute;

(Indicare la struttura di ricovero ed il telefono)

Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2
Tel 0744 2041 / fax 0744 30 36 39

Sede legale (provvisoria)
05100 – Terni Viale D. Bramante 37

(l.r. n° 18/ 12. 1 1. .2012)
p. iva / c.f. 01499590550

- 3) di impegnarsi a dare piena ed integrale applicazione alla presente procedura per l'esercizio dell'AIP ed a rispettare la normativa vigente in materia di privacy e di sicurezza sui luoghi di lavoro;
- 4) di impegnarsi, altresì, al rispetto delle norme vigenti, comprese quelle aziendali, attinenti alle attività da svolgere ed al comportamento da tenere nel contesto della struttura di ricovero.

All'uopo, infine, dichiara sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, che i soggetti di seguito riportati sono formati in materia di AIP:

(riportare l'elenco in ordine alfabetico - cognome e nome - dei soggetti formati in materia di AIP).

Il sottoscritto, inoltre, libera da ogni responsabilità l'Azienda USL UMBRIA 2:

- per infortuni propri e dei propri soci durante l'AIP;
- per illecito contrattuale, negligenza, atto illecito, eventuali furti, danneggiamenti o smarrimenti da qualsiasi causa generati, inclusi i danni diretti o indiretti, derivanti o correlati all'attività di assistenza integrativa prestata.

Il sottoscritto, inoltre, allega alla presente:

- a) copia delle polizze assicurative (di responsabilità civile verso terzi e per gli infortuni dei soci), sottoscritte secondo i massimali richiesti;
- b) l'elenco nominativo dei soci;
- c) un tesserino di riconoscimento nominativo, di cui all'allegato 4 del Regolamento aziendale, per ogni singolo socio che intende prestare attività di AIP;
- d) copia delle tessere di riconoscimento dell'Associazione di Volontariato di tutti i soci che presteranno attività di AIP;
- e) copia del documento d'identità del sottoscrittore della presente istanza e di tutti i soci che presteranno attività di AIP.

Il sottoscritto, infine:

- dichiara sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, che i soggetti che presteranno AIP non hanno legami di parentela o comunque rapporti e/o interessi di qualunque natura con titolari e/o soci di agenzie di onoranze funebri.
- si impegna a comunicare qualsiasi variazione rispetto a quanto dichiarato nella presente domanda.

Luogo e data _____

FIRMA

(indicare la struttura di ricovero ed il telefono)

Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2
Tel 0744 2041 / fax 0744 30 36 39

Sede legale (provvisoria)
05100 – Terni Viale D. Bramante 37

(l.r. n° 18/ 12. 1 1. .2012)
p. iva / c.f. 01499590550

fac-simile domanda Cooperative/Agenzie iscritte alla Camera
di Commercio

ALLA DIREZIONE DELLA STRUTTURA DI RICOVERO
(dichiarazione ai sensi del DPR n. 445/2000 e della legge 241/1990)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ residente in Via/Piazza /Loc. _____

Città _____ (Prov. _____) CAP _____

Stato _____ recapito telefonico _____

Rappresentante legale della Cooperativa/Agenzia _____

con sede legale in Via/Piazza/Loc _____

Città _____ (Prov. _____) CAP _____

CHIEDE

l'inserimento della Cooperativa/Agenzia che fornisce attività di assistenza nell'Elenco dei Soggetti Autorizzati a prestare l'AIP presso la struttura di ricovero _____ di _____, precisando che la tariffa oraria praticata, comprensiva di IVA (tariffa finita per l'utente) sarà di € _____.

All'uopo dichiara, sotto la propria personale responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, che la Cooperativa/Agenzia:

- 1) é iscritta alla Camera di Commercio di _____;
- 2) possiede la partita I.V.A.;
- 3) ha come collaboratori, che saranno utilizzanti nell'AIP, cittadini italiani o stranieri in regola con le norme vigenti in materia di soggiorno in Italia, esonerando l'Azienda da ogni responsabilità anche in termini di osservanza delle norme in materia di ordine pubblico;
- 4) ha già /non ha già prestato attività professionale in materia di assistenza integrativa (in caso affermativo, descrivere sinteticamente le esperienze acquisite e la struttura in cui le stesse sono maturate).

All'uopo, inoltre, dichiara sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci:

- 1) di aver/non aver riportato condanne penali e di non essere/non essere a conoscenza di eventuali procedimenti penali a proprio carico in corso;
- 2) di aver preso visione del Regolamento per la disciplina dell'AIP di codesta Azienda, impegnandosi all'osservanza delle disposizioni in esso contenute;
- 3) di impegnarsi a dare piena ed integrale applicazione alla presente procedura per l'esercizio dell'AIP ed a rispettare la normativa vigente in materia di privacy e di sicurezza sui luoghi di lavoro;

(Indicare la struttura di ricovero ed il telefono)

Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2
Tel 0744 2041 / fax 0744 30 36 39

Sede legale (provvisoria)
05100 – Terni Viale D. Bramante 37

(l.r. n° 18/ 12. 1 1. .2012)
p. iva / c.f. 01499590550

- 4) di impegnarsi, altresì, al rispetto delle norme vigenti, comprese quelle aziendali, attinenti alle attività da svolgere ed al comportamento da tenere nel contesto della struttura di ricovero.

All'uopo, infine, dichiara sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, che i soggetti di seguito riportati sono formati in materia di AIP:
(riportare l'elenco in ordine alfabetico - cognome e nome - dei soggetti formati in materia di AIP).

Il sottoscritto, inoltre, libera da ogni responsabilità l'Azienda USL UMBRIA 2:

- per infortuni propri e dei propri collaboratori durante l'assistenza integrativa;
- per illecito contrattuale, negligenza, atto illecito, eventuali furti, danneggiamenti o smarrimenti da qualsiasi causa generati, inclusi i danni diretti o indiretti, derivanti o correlati all'attività di assistenza integrativa prestata.

Il sottoscritto, inoltre, allega alla presente:

- a) copia delle polizze assicurative (di responsabilità civile verso terzi e per gli infortuni dei propri collaboratori), sottoscritte secondo i massimali richiesti;
- b) l'elenco nominativo dei collaboratori;
- c) un tesserino di riconoscimento nominativo, di cui all'allegato 4 del Regolamento aziendale, per ogni singolo collaboratore che intende prestare attività di AIP;
- d) copia dei tesserini di riconoscimento della Cooperativa/Agenzia di tutti i collaboratori che presteranno attività di AIP;
- e) copia del documento d'identità del sottoscrittore della presente istanza e di tutti i collaboratori che presteranno attività di AIP.

Il sottoscritto, infine:

- dichiara sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, che i soggetti che presteranno AIP non hanno legami di parentela o comunque rapporti e/o interessi di qualunque natura con titolari e/o soci di agenzie di onoranze funebri.
- si impegna a comunicare qualsiasi variazione rispetto a quanto dichiarato nella presente domanda.

Luogo e data _____

FIRMA

(indicare la struttura di ricovero ed il telefono)

Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2
Tel 0744 2041 / fax 0744 30 36 39

Sede legale (provvisoria)
05100 – Terni Viale D. Bramante 37

(l.r. n° 18/ 12. 1 1. .2012)
p. iva / c.f. 01499590550

fac-simile domanda imprese individuali, singoli soggetti

ALLA DIREZIONE DELLA STRUTTURA DI RICOVERO
(dichiarazione ai sensi del DPR n. 445/2000 e della legge 241/1990)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____ residente in Via/Piazza /Loc. _____
Città _____ (Prov. _____) CAP _____
Stato _____ recapito telefonico _____

CHIEDE

l'inserimento nell'Elenco dei Soggetti Autorizzati a prestare l'AIP presso la struttura di ricovero _____ di _____, precisando che la tariffa oraria praticata, comprensiva di IVA (tariffa finita per l'utente) sarà di € _____.

All'uopo dichiara, sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci:

- 1) di possedere la partita I.V.A.;
- 2) di essere cittadino italiano/ di essere straniero in regola con le norme vigenti in materia di soggiorno in Italia, esonerando l'Azienda da ogni responsabilità anche in termini di osservanza delle norme in materia di ordine pubblico;
- 3) di aver/di non aver già prestato attività professionale in materia di assistenza integrativa (in caso affermativo, descrivere sinteticamente le esperienze acquisite e la struttura in cui le stesse sono maturate);
- 4) di aver/non aver riportato condanne penali e di essere/non essere a conoscenza di eventuali procedimenti penali in corso;
- 5) di aver preso visione del Regolamento per la disciplina dell'AIP di codesta Azienda, impegnandosi all'osservanza delle disposizioni in esso contenute;
- 6) di impegnarsi a dare piena ed integrale applicazione alla presente procedura per l'esercizio dell'AIP ed a rispettare la normativa vigente in materia di privacy e di sicurezza sui luoghi di lavoro;
- 7) di impegnarsi, altresì, al rispetto delle norme vigenti, comprese quelle aziendali, attinenti alle attività da svolgere ed al comportamento da tenere nel contesto della struttura di ricovero.

(Indicare la struttura di ricovero ed il telefono)

Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2
Tel 0744 2041 / fax 0744 30 36 39

Sede legale (provvisoria)
05100 – Terni Viale D. Bramante 37

(l.r. n° 18/ 12. 1 1. .2012)
p. iva / c.f. 01499590550

All'uopo, infine, dichiara sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, che i soggetti di seguito riportati sono formati in materia di AIP:

(riportare l'elenco in ordine alfabetico - cognome e nome - di eventuali collaboratori formati in materia di AIP).

Il sottoscritto, inoltre, libera da ogni responsabilità la Azienda USL UMBRIA 2:

- per infortuni propri e degli eventuali propri collaboratori durante l'AIP;
- per illecito contrattuale, negligenza, atto illecito, eventuali furti, danneggiamenti o smarrimenti da qualsiasi causa generati, inclusi i danni diretti o indiretti, derivanti o correlati all'attività di assistenza integrativa prestata.

Il sottoscritto, inoltre, allega alla presente:

- a) copia delle polizze assicurative (di responsabilità civile verso terzi e per gli infortuni di eventuali collaboratori), sottoscritte secondo i massimali richiesti;
- b) l'elenco nominativo di eventuali collaboratori;
- c) un tesserino di riconoscimento nominativo, di cui all'allegato 4 del Regolamento aziendale, personale e per ogni singolo eventuale collaboratore;
- d) copia del documento d'identità del sottoscrittore della presente istanza e di tutti gli eventuali collaboratori che presteranno attività di AIP.

Il sottoscritto, infine:

- dichiara sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, che i soggetti che presteranno AIP non hanno legami di parentela o comunque rapporti e/o interessi di qualunque natura con titolari e/o soci di agenzie di onoranze funebri.
- si impegna a comunicare qualsiasi variazione rispetto a quanto dichiarato nella presente domanda.

Luogo e data _____

FIRMA

(indicare la struttura di ricovero ed il telefono)

Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2
Tel 0744 2041 / fax 0744 30 36 39

Sede legale (provvisoria)
05100 – Terni Viale D. Bramante 37

(l.r. n° 18/ 12. 1 1. .2012)
p. iva / c.f. 01499590550

MODALITA' DI PREDISPOSIZIONE DEL PROPRIO TESSERINO DI RICONOSCIMENTO

Il tesserino, per essere valido, dovrà:

- riportare la denominazione della Struttura di ricovero ed il timbro della Direzione della stessa;
- indicare l'anno di validità;
- riportare le scritte nei colori nero e rosso, indicati nell'esempio;
- essere realizzato in cartoncino rigido di colore bianco, seguendo perfettamente lo schema sotto riportato.

Successivamente all'apposizione del timbro della direzione della Struttura di ricovero il tesserino potrà essere plastificato. Il contenitore di plastica in cui sarà eventualmente contenuto non dovrà presentare angoli vivi.

Esempio:

