

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. 347 del 08/03/2018

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

IL DIRETTORE GENERALE

VISTA la proposta di delibera in oggetto di cui al num. Provv. 9750 del Servizio Proponente, UFFICIO RELAZIONI SINDACALI-POLITICHE DEL PERSONALE E SISTEMA VALUTATIVO

Hash documento formato .pdf (SHA256): 48436f99575c7f2c8809ec0561fc08af0d221a0515958205f0c806313beeb08e Hash documento formato .p7m (SHA256): 5723eadb945836a9be6459870d6a6a0ec4fe17488d7ed24a888680e1f80aa581 Firmatari: PIETRO MANZI,Enrico Martelli,Davina Boco

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

Direttore Sanitario: Dr. Pietro Manzi - parere: FAVOREVOLE

Direttore Amministrativo: Dott. Enrico Martelli - 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 GENERALE (*)
(Dr. Imolo Fiaschini)



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. 347 DEL 08/03/2018

Normativa di riferimento:

- L.R. Umbria 9 aprile 2015 n. 11 "Testo Unico in materia di Sanità e Servizi sociali".
- Delibera del Direttore Generale N. 341 del 07.04.2015 avente ad oggetto "Regolamento per la disciplina dell'Assistenza integrativa privata non sanitaria e schema di Avviso – Approvazione".

Motivazione:

Con Delibera del Direttore Generale 7 aprile 2015 n. 341 è stato adottato il Regolamento per la disciplina dell'assistenza integrativa privata non sanitaria.

Decorsi oltre due anni dall'entrata in vigore si rende necessario attualizzare il testo per una maggiore rispondenza alle attuali necessità.

Uno specifico gruppo di lavoro, costituito dai Direttori di Presidio e dal personale amministrativo di riferimento, ha redatto la nuova 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 la seguente deliberazione:

- 1. Approvare il testo del "Regolamento per la disciplina dell'Assistenza Integrativa privata non Sanitaria", comprensivo di n. 10 Allegati, documenti acclusi al presente atto quale parte integrante e sostanziale.
- 2. Dare atto che la presente decisione non è sottoposta a controllo regionale.
- 3. Trasmettere il presente atto alle macroarticolazioni aziendali.
- 4. 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 compreso l'ausilio alla movimentazione 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. 11/2015.

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. 11/2015;
- 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.

Regolamento per la disciplina dell'Assistenza Integrativa Privata

Pag. 2 a 9



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

I singoli Presidi Ospedalieri possono esplicitare le modalità di gestione dell'assistenza ai pazienti degenti da parte dei familiari attraverso procedure locali verificate dal R.A.Q. aziendale ed approvate dal Direttore sanitario di Presidio.

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.

Regolamento per la disciplina dell'Assistenza Integrativa Privata

Pag. 3 a 9



Art. 5 AUTORIZZAZIONE ALL'ESPLETAMENTO DELL'AIP

Se non diversamente regolamentato attraverso Procedure locali verificate dal R.A.Q aziendale ed approvate dal Direttore di Presidio, 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). 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).

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

• Per le Cooperative Sociali:

- domanda di inserimento (allegato 3), 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:
 - o iscrizione all'Albo Regionale delle Cooperative Sociali;
 - o eventuali condanne penali del responsabile legale della cooperativa e conoscenza di eventuali procedimenti penali in corso;
 - o 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), importo 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:



- domanda di inserimento (<u>allegato 5</u>), 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 sequenti fatti e stati:
 - o iscrizione al Registro Regionale delle Organizzazioni di Volontariato;
 - o 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), importo 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;
- bullet dichiarazione, da valere quale autocertificazione ai sensi di legge (Articolo 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445), in ordine ai sequenti fatti e stati:
 - o iscrizione alla Camera di Commercio:
 - o eventuali condanne penali del responsabile legale della cooperativa/agenzia e conoscenza di eventuali procedimenti penali in corso;
 - o 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), importo 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 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);
- b 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;
 - o apertura di partita IVA;
 - o 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), importo 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 per la copertura "Responsabilità Civile verso Terzi – RCT" dovranno riportare le clausole: "l'Azienda deve essere considerata terza", "l'esclusione della rivalsa in capo all'Azienda", "la franchigia/scoperto" non è opponibile a terzi".

Le polizze per la copertura "Responsabilità Civile Operatori – RCO" dei prestatori di AIP dovrà riportare la seguente clausola "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;
- 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 mediante Avvisi (allegato 8), distinti per ciascuna Struttura di Ricovero, pubblicati 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 dalla data di inserimento nell'elenco dei soggetti autorizzati. La domanda può essere inviata per posta elettronica certificata (PEC) o per posta raccomandata alla Direzione Generale dell'USLUMBRIA2, oppure consegnata a mano presso le Direzioni delle strutture di ricovero. 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.

ART. 6 RILASCIO ED AGGIORNAMENTO DELLE AUTORIZZAZIONE

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;
- rasmettendolo 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.

Regolamento per la disciplina dell'Assistenza Integrativa Privata

Pag. 7 a 9



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 ed 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 (<u>allegato 9</u>). Tali **autorizzazioni** potranno, su disposizione del Direttore di Presidio, essere formalizzate anche attraverso singoli moduli (<u>allegato 10 - opzionale</u>), rilasciati dal Coordinatore infermieristico.

In caso di assenza o impedimento, 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 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.





U.O. DI		•••••	•••••	•••••
DIRETTORE/RESPONSABILE:	••••••	••••••	•••••	••••••
IL/LA SIG./SIG.RA				
PUO' USUFRUIRE DI ASSISTENZA II	NTEGRATIVA	PRIVATA	NON	SANITARIA
SVOLTA A TITOLO GRATUITO DAI SOC	GGETTI PREVIS	TI DALL'A	RT. 3,	COMMA 1,
DEL RELATIVO REGOLAMENTO AZIEND	PALE:			
DALLE ORE	ALLE ORE			
DAL GIORNO	AL GIORNO			

IL COORDINATORE INFERMIERISTICO (Timbro e firma)

		71000	3/110 2	
SEZ	SEZIONE 1 - COOPERATIVE SOCIALI			
		TARIFFA ORARIA, COMPRENSIVA DI IVA	_	A IN MATERIA URATA DALLA
DENOMINAZIONE COOPERATIVA	TELEFONO	(PREZZO FINITO)	СООРІ	ERATIVA
			SI	NO
NOMINATIVO SOCIO/COLLABO	DATORE	FORMAZIONE IN	N MATERIA DI	AIP
NOMINATIVO SOCIO/COLLABORATORE		(SI/NO)		
		SI	1	NO
		SI	1	NO
		SI	1	NO
		SI	1	NO
	·	SI	1	NO
		SI	1	NO
		SI	1	NO
		SI	1	NO

SEZIONE 2 - ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO				
		TARIFFA ORARIA, COMPRENSIVA DI IVA		N IN MATERIA IATURATA
DENOMINAZIONE ASSOCIAZIONE	TELEFONO	(PREZZO FINITO)	DALL'ASS	OCIAZIONE
			SI	NO
NOMINATIVO SOCIO		FORMAZIONE IN	N MATERIA DI	AIP
NOIVIINATIVO SOCIO		(SI)	/NO)	
		SI	1	OV
		SI	1	OV
		SI	1	OV
		SI	1	OV
		SI	1	OV
		SI	1	OV
		SI	1	OV
		SI	ſ	VO

SEZIONE 3 - AGENZIE E COOPERATIVE CHE FORNISCONO ATTIVITA' DI ASSISTENZA				
		TARIFFA ORARIA,	ESPERIENZ <i>A</i>	A IN MATERIA
DENOMINAZIONE AGENZIA/COOPERATIVA		COMPRENSIVA DI IVA	DI AIP N	1ATURATA
	TELEFONO	(PREZZO FINITO)	DALL'ASS	OCIAZIONE
			SI	NO
NOMINATIVO ADDETTO		FORMAZIONE IN	I MATERIA DI	AIP
NOMINATIVO ADDETTO		(SI/NO)		
		SI	1	NO
		SI	ı	NO
		SI	ı	NO
		SI	ı	NO
		SI	ı	NO
		SI	ı	NO
		SI	1	OV
		SI	l	NO ON

SEZIONE 4 - IMPRESE INDIVIDUALI, SINGOLI SOG	GETTI MAGGIORENNI PREST	ratori di assistenza, M	UNITI DI PARTITA IVA
		TARIFFA ORARIA,	EVENTUALE
GENERALITA' (DENOMINAZIONE, COGNOME E NOME)		COMPRENSIVA DI IVA	FORMAZIONE ED
	TELEFONO	(PREZZO FINITO)	ESPERIENZA ACQUISITA
		FORMAZIONE IN	I MATERIA DI AIR
NOMINATIVO (EVENTUALE) COLLA	BORATORE		I MATERIA DI AIP
,		, ,	NO)
		SI	NO
		SI	NO
		TARIFFA ORARIA,	EVENTUALE
GENERALITA' (DENOMINAZIONE, COGNOME E NOME)		COMPRENSIVA DI IVA	FORMAZIONE ED
	TELEFONO	(PREZZO FINITO)	ESPERIENZA ACQUISITA
NONAINIATIVO (EVENTUALE) COLLA	DODATORE	FORMAZIONE IN	I MATERIA DI AIP
NOMINATIVO (EVENTUALE) COLLA	BORATORE	(SI/NO)	
		SI	NO
		SI	NO
		TARIFFA ORARIA,	EVENTUALE
GENERALITA' (DENOMINAZIONE, COGNOME E NOME)		COMPRENSIVA DI IVA	FORMAZIONE ED
	TELEFONO	(PREZZO FINITO)	ESPERIENZA ACQUISITA



ALLA DIREZIONE DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI_____

(dichiarazione ai sensi del DPR n. 445/2000 e della legge 241/1990)

II/La sottoscritto/a	nato/a
il residente in Via/Piazza	/Loc
Città	
Stato	recapito telefonico
Donovecontonto logale della Connevativa	
con sede legale in Via/Piazza/Loc	
Città	(Prov) CAP
	CHIEDE
•	o dei Soggetti Autorizzati a prestare l'AIP presso (specificare la Struttura di ricovero), precisando
	\ \

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;
- 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;

allegato 3 - Regolamento per la disciplina dell'Assistenza Integrativa Privata

Pag. 1 a 2



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 e riportanti le clausole indicate nell'Avviso;
- b) l'elenco nominativo dei collaboratori e dei soci;
- c) un tesserino di riconoscimento nominativo, di cui all'<u>allegato 4</u> 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;
- ➤ esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati, nel rispetto del D.L.gs n. 196/2003, per le finalità di cui alla presente richiesta.

Luogo e data		
		CIDA 4 A
	_	 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.



allegato 4 - Regolamento per la disciplina dell'Assistenza Integrativa Privata



ALLEGATO 5 fac-simile domanda Associazioni di Volontariato

ALLA DIREZIONE DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI

(dichiarazione ai sensi del DPR n. 445/2000 e della legge 241/1990)

II/La sottoscritto/a	nato/a
il residente in Via	a/Piazza /Loc
	(Prov) CAP
Stato	recapito telefonico
Rappresentante legale dell'associazio	ne di Volontariato
con sede legale in Via/Piazza/Loc.	
Città	(Prov) CAP
	CHIEDE
l'inserimento dell'Associazione di Vo	lontariato nell'Elenco dei Soggetti Autorizzati a prestare l'AIF
presso	(specificare la Struttura di ricovero),
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 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;
- 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;

allegato 5 - Regolamento per la disciplina dell'Assistenza Integrativa Privata



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 e riportanti le clausole indicate nell'Avviso;
- b) l'elenco nominativo dei soci;
- c) un tesserino di riconoscimento nominativo, di cui all'<u>allegato 4</u> 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.
- ➤ esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati, nel rispetto del D.L.gs n. 196/2003, per le finalità di cui alla presente richiesta.

uogo e data		
	FIRMA	
		_

allegato 5 - Regolamento per la disciplina dell'Assistenza Integrativa Privata

Pag. 2 a 2



ALLEGATO 6 fac-simile domanda Cooperative/Agenzie iscritte alla Camera di Commercio

ALLA DIREZIONE DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI

(dichiarazione ai sensi del DPR i	n. 445/2000 e della legge 241/1990)
II/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
l'inserimento della Cooperativa/Agenzia che fo Autorizzati a prestare l'AIP presso	rnisce attività di assistenza nell'Elenco dei Soggetti (specificare la raria praticata, comprensiva di IVA (tariffa finita per
di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n' che la Cooperativa/Agenzia:	e responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali ° 445 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci,
 é iscritta alla Camera di Commercio di possiede la partita I.V.A.; 	;
3) ha come collaboratori, che saranno utilizza le norme vigenti in materia di soggiorno in	ti nell'AIP, cittadini italiani o stranieri in regola con Italia, esonerando l'Azienda da ogni responsabilità in materia di ordine pubblico:

- 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
- 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.

allegato 6 - Regolamento per la disciplina dell'Assistenza Integrativa Privata



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'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 propri collaboratori), sottoscritte secondo i massimali richiesti e riportanti le clausole indicate nell'Avviso;
- a) l'elenco nominativo dei collaboratori;
- b) un tesserino di riconoscimento nominativo, di cui all'<u>allegato 4</u> del Regolamento aziendale, per ogni singolo collaboratore che intende prestare attività di AIP;
- c) copia dei tesserini di riconoscimento della Cooperativa/Agenzia di tutti i collaboratori che presteranno attività di AIP;
- d) 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;
- esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati, nel rispetto del D.L.gs n. 196/2003, per le finalità di cui alla presente richiesta.

Luogo e data	
	FIRMA

allegato 6 - Regolamento per la disciplina dell'Assistenza Integrativa Privata



ALLEGATO 7 fac-simile domanda imprese individuali, singoli soggetti

ALLA DIREZIONE DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI

(dichiarazione ai sensi del DPR n. 445/2000 e della legge 241/1990)

II/La sottoscritto/a	nato/a
il residente in Via/Piazza /Lo	эс
Città	(Prov) CAP
Stato	recapito telefonico
СН	IEDE
l'inserimento nell'Elenco dei Soggetti	Autorizzati a prestare l'AIP presso (specificare la Struttura di ricovero), precisando
	di IVA (tariffa finita per l'utente) sarà di €
All'uopo dichiara, sotto la propria pers	onale responsabilità e consapevole delle sanzioni

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;

penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445 per false attestazioni e dichiarazioni

- 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).

allegato 7 - Regolamento per la disciplina dell'Assistenza Integrativa Privata



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 personali e di eventuali collaboratori), sottoscritte secondo i massimali richiesti e riportanti le clausole indicate nell'Avviso;
- a) l'elenco nominativo di eventuali collaboratori;
- b) un tesserino di riconoscimento nominativo, di cui all'<u>allegato 4</u> del Regolamento aziendale, personale e per ogni singolo eventuale collaboratore;
- c) 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;
- ➤ esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati, nel rispetto del D.L.gs n. 196/2003, per le finalità di cui alla presente richiesta.

Luogo e data		
		FIRMA

ALLEGATO 8



Presidio Ospedaliero di _____ Direzione Medica Ospedaliera Tel. ____ Mail ____

ASSISTENZA INTEGRATIVA PRIVATA NON SANITARIA (AIP)

A V V I S O PER L'ISCRIZIONE ALL'ELENCO DEI SOGGETTI AUTORIZZATI

L'assistenza integrativa privata non sanitaria (AIP) 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.

Per poter esercitare l'attività di AIP è necessario essere iscritti nell'Elenco dei soggetti autorizzati.

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°......, e pubblicato sul sito istituzionale aziendale www.uslumbria2.it alla Sezione "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" – "DISPOSIZIONI GENERALI" – "ATTI GENERALI" – "REGOLAMENTI E PROCEDURE" – REGOLAMENTO ASSISTENZA INTEGRATIVA", viene, quindi, emanato il presente Avviso volto a regolare l'iscrizione nell'Elenco dei soggetti autorizzati e le conseguenti attività di assistenza integrativa privata non sanitaria 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. 11/2015;
- 2. Associazioni di Volontariato Sociale, iscritte nel Registro Regionale delle Organizzazioni di Volontariato, di cui alla L.R. 11/2015;
- 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 IVA.

allegato 8 - Regolamento per la disciplina dell'Assistenza Integrativa Privata



Presidio Ospedaliero di _____ Direzione Medica Ospedaliera Tel. ____ Mail

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

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

Tale Elenco, depositato in originale presso la Direzione del Presidio Ospedaliero di______, 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 autocertificata ai sensi di legge.

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

- 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";
 - "la franchigia/scoperto non è opponibile a terzi".
- 2) copia di polizza assicurativa, a garanzia degli infortuni dei prestatori di 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. La polizza dovrà riportare la seguente clausola: "l'esclusione della rivalsa in capo all'Azienda USL UMBRIA2";
- 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 di riconoscimento (carta di identità o passaporto) in corso di validità del sottoscrittore della domanda (per tutte le tipologie di soggetti);
- 6) copia del documento di riconoscimento (carta di identità o passaporto) in corso di validità di tutti i collaboratori che si intendono inserire nell'Elenco;
- 7) copia 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;

allegato 8 - Regolamento per la disciplina dell'Assistenza Integrativa Privata



Presidio Ospedaliero di _____ Direzione Medica Ospedaliera Tel. ____ Mail

La domanda di inserimento nell'Elenco dei Soggetti Autorizzati, redatta in carta semplice, datata e firmata, dovrà pervenire all'Azienda Usl Umbria 2, entro 60 giorni dalla data di pubblicazione del presente Avviso sul Sito aziendale, attraverso le seguenti modalità:

- raccomandata al seguente indirizzo: Azienda Usl Umbria 2, Viale Donato Bramante,
 37 05100 Terni;
- ➤ PEC (esclusivamente per i possessori di posta elettronica certificata), al seguente indirizzo: aslumbria2@postacert.umbria.it;
- consegna a mano presso l'Ufficio Protocollo Aziendale, Viale Donato Bramante, 37 –
 Terni;
- consegna a mano presso la Direzione di Presidio dell'Ospedale di_______, esclusivamente nei giorni: _______.

In caso di invio tramite raccomandata farà fede la data di spedizione.

	Ш	prese	ente	Avvis	so è	pubblica	to sul	sito	aziendal	e istit	tuzional	le, al	seguente	e indirizzo:
www.u	slu	mbria	<u> 2.it</u>	ed	è ac	cessibile :	sia att	ravers	o la Sezi	one "	BANDI	DI GA	ARA ED A	AVVISI", sia
attrave	rsc	la Se	zione	e "AN	1MIN	ISTRAZIOI	NE TRA	SPARE	NTE"- "B	ANDI	DI GARA	A E CO	NTRATTI"	'. Il modello
di dom	an	da, all	legato	al p	reser	ite avviso,	è, qui	ndi, sc	aricabile (dal sito	o azieno	dale ed	d è, inoltre	e, reperibile
presso	la I	Direzi	one c	lel Pr	esidio	Ospedal	iero di		•					

Fatte salve le modalità previste nell'art. 6 del Regolamento, l'autorizzazione ad espletare l'AIP decorrerà dalla data di inserimento nell'Elenco dei Soggetti Autorizzati ed avrà validità biennale. E' fatto, comunque, divieto di espletare l'attività di AIP in assenza del Tesserino di Riconoscimento nominativo regolarmente timbrato dalla Direzione del Presidio Ospedaliero di _______.

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

Il mancato rispetto del Regolamento o delle disposizioni impartite dalla Direzione del Presidio Ospedaliero di ______ comporterà 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.

allegato 8 - Regolamento per la disciplina dell'Assistenza Integrativa Privata

Pag. 3 a 4



Presidio Ospedaliero di _____ Direzione Medica Ospedaliera Tel.

Mail
La Direzione del Presidio Ospedaliero di, 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 del Presidio di, 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 Dirigente Medico della Direzione Medica del Presidio Ospedaliero di
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.
Per eventuali ulteriori informazioni rivolgersi alla Direzione del Presidio Ospedaliero (mail
IL DIRIGENTE



Pag. 1 a 8

fac-simile domanda Cooperative

A		O OSPEDALIERO DI n. 445/2000 e della legge 241/1990)
II/La sottoscr	ritto/a	nato/a
il	residente in Via/Piazza /L	oc
Città		(Prov) CAP
		recapito telefonico
Rappresenta	nte legale della Cooperativa	
con sede leg	1 : 10: 10: 11	
Città		(Prov)
All'uc penali di cui	fa oraria praticata comprensiva po dichiara, sotto la propria pers	(specificare la Struttura di ricovero), precisando di IVA (tariffa finita per l'utente) sarà di € onale responsabilità, e consapevole delle sanzioni 2000, n° 445 per false attestazioni e dichiarazioni
2) possion 3) ha concon la responsa 4) ha ging caso stesso All'uct sanzioni pendichiarazioni 1) di aver/na procedim	e norme vigenti in materia di sonsabilità anche in termini di osservà /non ha già prestato attività praffermativo, descrivere sinteticame sono maturate). ppo, inoltre, dichiara sotto la probali di cui all'art. 76 del D.P.R. 20 mendaci: on aver riportato condanne penali enti penali a proprio carico in cors	izzati per l'AIP, cittadini italiani o stranieri in regola oggiorno in Italia, esonerando l'Azienda da ogni vanza delle norme in materia di ordine pubblico; ofessionale in materia di assistenza integrativa (in ente le esperienze acquisite e la struttura in cui le pria personale responsabilità e consapevole delle dicembre 2000, n° 445 per false attestazioni e i e di essere/non essere a conoscenza di eventuali o;
•	ndosi all'osservanza delle disposizio	per la disciplina dell'AIP di codesta Azienda, oni in esso contenute;

allegato A - Regolamento per la disciplina dell'Assistenza Integrativa Privata



- 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 e riportanti le clausole indicate nell'Avviso;
- b) l'elenco nominativo dei collaboratori e dei soci;
- c) un tesserino di riconoscimento nominativo, di cui all'allegato B all'Avviso, 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:
- esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati, nel rispetto del D.L.gs n. 196/2003, per le finalità di cui alla presente richiesta.

Luogo e data				
				FIRMA
		-		
	PRESIDIO OSPEDALIERO	DI – Te	l.	

allegato A - Regolamento per la disciplina dell'Assistenza Integrativa Privata

Pag. 2 a 8



fac-simile domanda Associazioni di Volontariato

ALLA DIREZIONE DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI (dichiarazione ai sensi del DPR n. 445/2000 e della legge 241/1990) II/La sottoscritto/a ______ nato/a _____ il ______ residente in Via/Piazza /Loc. _____ _____(Prov._____) CAP_____ Città ____ recapito telefonico ______ Stato 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 ______ (specificare la Struttura di ricovero), 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 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; 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; PRESIDIO OSPEDALIERO DI ______ – Tel. _____



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 e riportanti le clausole indicate nell'Avviso;
- b) l'elenco nominativo dei soci;
- c) un tesserino di riconoscimento nominativo, di cui all'allegato B all'Avviso, 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;
- ➤ esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti con la presente possano essere trattati, nel rispetto del D.L.gs n. 196/2003, per le finalità di cui alla presente richiesta.

Luogo e data					
				 FIRMA	
	PRESIDIO OSPEDALIERO D	DI	– Tel		
-					

allegato A - Regolamento per la disciplina dell'Assistenza Integrativa Privata

Pag. 4 a 8



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

ALLA DIREZIONE DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI (dichiarazione ai sensi del DPR n. 445/2000 e della legge 241/1990) II/La sottoscritto/a ______ nato/a _____ il residente in Via/Piazza /Loc. _____(Prov._____) CAP_____ Città recapito telefonico Stato 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 _____ Struttura di ricovero), 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 utilizzati 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 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; PRESIDIO OSPEDALIERO DI ______ – Tel. _____



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'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 propri collaboratori), sottoscritte secondo i massimali richiesti e riportanti le clausole indicate nell'Avviso;
- b) l'elenco nominativo dei collaboratori;
- c) un tesserino di riconoscimento nominativo, di cui all'allegato B all'Avviso, 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;
- esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati, nel rispetto del D.L.gs n. 196/2003, per le finalità di cui alla presente richiesta.

Luogo e data		
		FIRMA
PRE	SIDIO OSPEDALIERO DI – T	el
=		

allegato A - Regolamento per la disciplina dell'Assistenza Integrativa Privata

Pag. 6 a 8



II/La sotto	oscritto/a	nato/a
il	residente in Via,	/Piazza /Loc
Città		(Prov) CAP
Stato		recapito telefonico
		CHIEDE
l'inserime		Soggetti Autorizzati a prestare l'AIP presso (specificare la Struttura di ricovero), precisando
che la t		mprensiva di IVA (tariffa finita per l'utente) sarà di 🕏
2) di	essere cittadino italiano/ di	essere straniero in regola con le norme vigenti in materia d



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 l'Azienda USL UMBRIA 2:

- per infortuni propri e di eventuali 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 personali e di eventuali collaboratori), sottoscritte secondo i massimali richiesti e riportanti le clausole indicate nell'Avviso;
- b) l'elenco nominativo di eventuali collaboratori;
- c) un tesserino di riconoscimento nominativo, di cui all'<u>allegato B</u> all'Avviso, 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;
- esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati, nel rispetto del D.L.gs n. 196/2003, per le finalità di cui alla presente richiesta.

Luogo e data			
			FIRMA
		·	
PRESIDIO OSPEDALIERO) DI 1	el	

allegato A - Regolamento per la disciplina dell'Assistenza Integrativa Privata

Pag. 8 a 8



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.



allegato B - Regolamento per la disciplina dell'Assistenza Integrativa Privata



U.O
DIRETTORE/RESPONSABILE

REGISTRO PRESENZE PRESTATORI DI AIP

	A 1
	Λ I
1 / 🛱 1	AI
	/ \

(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)



DATA	ORARIO INGRESSO	COGNOME E NOME ASSISTENTE (desumibile dal cartellino)	COGNOME E NOME ASSISTITO	FIRMA LEGGIBILE (del Coordinatore infermieristico o del suo delegato)	NOTE

(indicare la Struttura di ricovero ed il telefono)



Pag. 1 a 1



U.O			···		
DIRETTORE/RESPONSABILE		• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •			
	AUTORIZZ	AZIONE	AIP		
IL/LA SIG./SIG.RA			·		, GIA'
INSERITA NELL'ELENCO DEI SOG	GETTI AUTORIZZ	ZATI, Pl	JO' SVOLGEF	re assistenza i	NTEGRATIVA
PRIVATA NON SANITARIA	A FAVORE	DEL	PAZIENTE	RICOVERATO	SIG/SIG.RA
	:				
DALLE ORE ALLE ORE					
DAL GIORNO	AL GIORNO				
(dal giorno di rilascio, ta	ale autorizzazion	e non p	uò avere una	a validità superio	re a 5 giorni)
			IL COOR	RDINATORE INFE (Timbro e firn	

Allegato 10 - Regolamento per la disciplina dell'Assistenza Integrativa Privata