

ALL'ASP CIRCONDARIO IMOLESE  
Viale D'Agostino, n. 2/a  
40126 IMOLA  
E-mail: [asp@aspcircondarioimolese.bo.it](mailto:asp@aspcircondarioimolese.bo.it)

OGGETTO: Domanda di iscrizione all'Albo dei volontari singoli

Il/La sottoscritto/a..... nato/a a..... il.....,  
residente a..... in Via..... Tel.....  
E-mail .....

intendendo operare senza fini di lucro nell'ambito assistenziale attraverso attività volontaria secondo i principi e le finalità della Legge Regionale n. 2/1985 e successive modificazioni ed integrazioni, pertanto con la presente

#### CHIEDE

l'iscrizione nell'albo dei volontari singoli di Codesta Spettabile Azienda istituito con Regolamento approvato con deliberazione del Consiglio di Amministrazione Asp nr 53/2017 che dichiara di conoscere ed accettare

A tal fine DICHIARA, sotto la propria responsabilità:

- di essere in possesso del seguente titolo di studio: .....
- di svolgere la seguente attività occupazionale: .....
- di non aver riportato condanne penali e di non avere carichi penali pendenti
- di essere fisicamente idoneo ad operare in campo assistenziale
- di essere disponibile a prestare la propria attività preferibilmente nei seguenti settori previsti dal Regolamento Asp (*barrare le attività di interesse, sono ammesse più scelte*):
  - assistenza e trasporto di persone con mobilità ridotta per visite ospedaliere;
  - accompagnamento minori in condizione di disagio sociale a scuola o a varie attività ludico ricreative;

- assistenza ed aiuto alla persona, con particolare riferimento agli anziani e alle persone con disabilità o a nuclei di recente immigrazione per attività di segretariato sociale;
- realizzazione di commissioni varie a sostegno di persone disagiate;
- supporto all'organizzazione di attività sociali, culturali, ricreative, rappresentazioni teatrali e musicali anche all'interno di strutture residenziali o semiresidenziali gestite dall'Asp;
- assistenza ed animazione per giovani e giovanissimi nonché a favore di persone anziane;
- piccole manutenzioni di aree ed edifici di pertinenza ASP;
- pulizia giardini, strade e marciapiedi di pertinenza ASP;
- attività di supporto a uffici e servizi
- altro \_\_\_\_\_

nei seguenti giorni ed orari \_\_\_\_\_

- di essere/non essere in possesso di patente di tipo \_\_\_\_\_

- di avere svolto in precedenza le seguenti attività assistenziali \_\_\_\_\_

- di essere disponibile ad effettuare un colloquio conoscitivo con il referente Asp

FIRMA

\_\_\_\_\_

Allegato: documento di identità valido