

**Alla Direzione Generale
dell'Azienda Ospedaliera
Regina Margherita /Sant'Anna
di Torino
corso Spezia 60
10126Torino**

BANDO
**per l'accesso al programma di assistenza sanitaria della Regione Piemonte a
favore dei minori extracomunitari o provenienti da paesi in via di sviluppo -
anni 2009 / 2010.**

DOMANDA DI ACCESSO AL PROGRAMMA
(in carta semplice)

Il/la sottoscritto/a

nato aProv.ilin qualità di legale rappresentante dell'Ente

.....con sede in

Via.....Prov.....

Eventuale sede operativa in

Via..... Prov.....

*consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere, di falsità
negli atti e della conseguente decadenza dei benefici di cui agli artt. 75 e 76 del DPR 445
del 28 dicembre 2000,*

CHIEDE

L' accesso al Programma del minore, nato/a

.....il..... Residente in (Paese, città. Indirizzo).....

data _____

_____ *Timbro e firma del legale rappresentante**

Spazio riservato agli uffici regionali

Data di consegna a mano della domanda _____

Timbro e firma del funzionario incaricato _____

*La dichiarazione é sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, oppure sottoscritta e inviata assieme alla fotocopia del documento di identità via fax, a mezzo posta ordinaria o elettronica o tramite un incaricato (art. 38 D.P.R. 445/2000).

INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS 196/2003 (Testo unico sulla privacy): i dati personali raccolti saranno trattati, (anche con strumenti informatici,) esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

SEZIONE 1 – “INFORMAZIONI SUL MINORE E LA SUA FAMIGLIA E ORGANIZZAZIONE DELLA PERMANENZA IN ITALIA”

DATI DEL MINORE

Nome e cognome.....

Data di nascita e luogo.....

Paese di residenza.....

Composizione nucleo familiare di origine.....

.....

DATI ADULTO ACCOMPAGNATORE

Nome e cognome.....

Data di nascita e luogo.....

Paese di residenza.....

Professione.....

Grado di parentela con il minore.....

(nel caso di accompagnatore non esercente la potestà genitoriale, è indispensabile produrre un documento comprovante la responsabilità legale del minore con un documento di tutela giuridicamente riconosciuto dal nostro paese, documento valutato e vidimato dalla Ambasciata Italiana presso il paese di origine del minore; da allegare a questa modulistica)

ORGANIZZAZIONE DELLA PERMANENZA IN ITALIA

Abitazione d'accoglienza (Via/ Città/eventuale ente benefico ospitante)

.....
.....
.....

Organizzazione dei pasti:

- l'Associazione si farà carico di fornire o sovvenzionare i pasti necessari al minore ed all'accompagnatore per tutto il periodo della permanenza
- l'Associazione si farà carico di fornire o sovvenzionare i pasti necessari all'accompagnatore durante i periodi di degenza (pagamento buoni pasto mensa Ospedale)
- l'Associazione non si farà carico dei pasti

Organizzazione dei trasporti

- l'Associazione si farà carico di organizzare i trasporti da e per l'ospedale
- l'Associazione non si farà carico dei trasporti

Organizzazione di sostentamento dei bisogni primari:

- l'Associazione garantisce il pagamento dell'affitto dell'abitazione/residence/hotel/altro, per tutto il periodo della permanenza
- l'Associazione non garantisce il pagamento dei costi dell'abitazione

- l'Associazione si farà carico della fornitura degli indumenti adatti e necessari al minore ed al suo accompagnatore per tutto il periodo di permanenza
- l'Associazione non si farà carico della fornitura di indumenti

- l'Associazione si farà carico di sostenere economicamente il minore e l'accompagnatore con una quota mensile cash di euro.....
- L'Associazione non si farà carico di fornire quota cash

TIMBRO E FIRMA PRESIDENTE
ASSOCIAZIONE

SEZIONE 2 - DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÁ

Il/la sottoscritto/a

in qualità di legale rappresentante dell'Ente.....

con sede legale inProv.

Codice fiscale.....Partita IVA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000 e consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere, di falsità negli atti e della conseguente decadenza dei benefici di cui agli artt. 75 e 76 dello stesso DPR

DICHIARA

che quanto contenuto nella “Sezione 1 – INFORMAZIONI SUL MINORE E LA SUA FAMIGLIA E ORGANIZZAZIONE DELLA PERMANENZA IN ITALIA” della presente domanda corrisponde al vero.

SI IMPEGNA A:

- garantire la copertura delle spese di viaggio A/R del minore e dei familiari accompagnatori
- garantire il pagamento dell'assicurazione sanitaria per l'accompagnatore del minore per tutto il periodo della permanenza
- garantire l'accompagnamento nell'iter di regolarizzazione della permanenza sul territorio nazionale del minore e dell'accompagnatore
- garantire la disponibilità all'assistenza ospedaliera al minore in sostituzione dell'accompagnatore (volontari associazione /OSS)
- garantire la copertura economica di eventuali bisogni socio-economici del minore e/o dell'accompagnatore non previsti dal seguente modulo

Data _____

Firma e timbro del legale rappresentante dell'ente*

*La dichiarazione é sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, oppure sottoscritta e inviata assieme alla fotocopia del documento di identità via fax, a mezzo posta ordinaria o elettronica o tramite un incaricato (art. 38 D.P.R. 445/2000).

INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS. 196/2003 (Testo unico sulla privacy): i dati personali raccolti saranno trattati, (anche con strumenti informatici,) esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.