

**ELENCO DEGLI ASSOCIATI CHE PRESTERANNO ATTIVITÀ DI VOLONTARIATO  
PRESSO L'AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, in qualità di Legale Rappresentante dell'Organizzazione di volontariato denominata \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

che presteranno attività di volontariato, presso l'Azienda Sanitaria Locale Avellino, le seguenti persone:

| <b>N.</b> | <b>Cognome</b> | <b>Nome</b> | <b>Indirizzo</b> | <b>Tel.</b> | <b>Ruolo all'interno dell'Organizzazione(*)</b> |
|-----------|----------------|-------------|------------------|-------------|---|
| 1.        |                |             |                  |             |   |
| 2.        |                |             |                  |             |   |
| 3.        |                |             |                  |             |   |
| 4.        |                |             |                  |             |   |
| 5.        |                |             |                  |             |   |
| 6.        |                |             |                  |             |   |
| 7.        |                |             |                  |             |   |
| 8.        |                |             |                  |             |   |
| 9.        |                |             |                  |             |   |
| 10.       |                |             |                  |             |   |
| 11.       |                |             |                  |             |   |
| 12.       |                |             |                  |             |   |
| 13.       |                |             |                  |             |   |
| 14.       |                |             |                  |             |   |
| 15.       |                |             |                  |             |   |
| 16.       |                |             |                  |             |   |
| 17.       |                |             |                  |             |   |
| 18.       |                |             |                  |             |   |
| 19.       |                |             |                  |             |   |
| 20.       |                |             |                  |             |   |
| 21.       |                |             |                  |             |   |
| 22.       |                |             |                  |             |   |
| 23.       |                |             |                  |             |   |
| 24.       |                |             |                  |             |   |
| 25.       |                |             |                  |             |   |
| 26.       |                |             |                  |             |   |
| 27.       |                |             |                  |             |   |
| 28.       |                |             |                  |             |   |
| 29.       |                |             |                  |             |   |
| 30.       |                |             |                  |             |   |

(\*) Presidente, Segretario, Tesoriere, Responsabile, Volontario ecc.

**DICHIARA**

altresi che tra i soggetti sopra indicati sono in possesso del titolo formativo prescritto dall'art. 10 del Regolamento per la disciplina delle attività di volontariato presso l'Azienda Sanitaria Locale Avellino i signori:

| <b>N</b><br><b>.</b> | <b>Cognome</b> | <b>Nome</b> | <b>Tipo di corso frequentato</b><br><b>(soggetto promotore, durata, contenuti, test finale)</b> |
|----------------------|----------------|-------------|---|
| 1.                   |                |             |   |
| 2.                   |                |             |   |
| 3.                   |                |             |   |
| 4.                   |                |             |   |
| 5.                   |                |             |   |
| 6.                   |                |             |   |
| 7.                   |                |             |   |
| 8.                   |                |             |   |
| 9.                   |                |             |   |
| 10                   |                |             |   |
| 11                   |                |             |   |
| 12                   |                |             |   |
| 13                   |                |             |   |
| 14                   |                |             |   |
| 15                   |                |             |   |

**S'IMPEGNA**

a nome dell'Organizzazione che rappresenta ad assicurare la partecipazione degli altri aderenti, entro i primi sei mesi dalla sottoscrizione della convenzione, ad uno dei corsi formativi indicati al citato art. 10 del Regolamento.

Avellino, \_\_\_\_\_

Firma