



allegato1

AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO

UNITA' OPERATIVA
RELAZIONI CON IL PUBBLICO
Tel. e Fax 0825/292029 -292165

AVVISO DI PUBBLICA UTILITÀ PER LA PARTECIPARE AL COMITATO PARTECIPATIVO E CONSULTIVO DELL'ASL AVELLINO

**RECLUTAMENTO DELLE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO/ DEI CONSUMATORI /
DELLE CATEGORIE DEI DISABILI / DELLE CATEGORIE DEI PENSIONATI / DEI
SINDACATI / ASSOCIAZIONI DI PROMOZIONE SOCIALE E DI TUTELA DEI DIRITTI
DEGLI UTENTI**

E' indetto avviso pubblico di reclutamento delle Associazioni di volontariato e di tutela dei diritti degli utenti da inserire nel Comitato Partecipativo e Consultivo dell'ASL AV ai sensi della delibera del direttore Generale n° _____

Le domande di partecipazione, sulla base dell'allegato modello, devono essere inviate con posta PEC, raccomandata AR o consegnate a mano entro le ore 12,00 all' Ufficio Protocollo – ASL Avellino Via degli Imbimbo 83100 Avellino in busta chiusa e firmata sui lembi riportante i dati dell'Associazione mittente nonché l'oggetto con dicitura "U.O. URP - Domanda di partecipazione al Comitato Partecipativo e Consultivo ASL AV - NON APRIRE" .

Le domande devono pervenire perentoriamente entro 30 giorni dal giorno successivo alla pubblicazione del presente avviso sul sito della ASL .

Requisiti di partecipazione:

- Le associazioni, componenti il Comitato, devono essere iscritte all'albo Regionale della Campania o albo Nazionale di pertinenza ed inquadrare nel settore socio-sanitario.
- Devono operare continuativamente e regolarmente da almeno 3 anni nel territorio di competenza della ASL Avellino, nonché comprovare la loro attività.

Non possono essere designate associazioni che gestiscono o che intrattengono rapporti di consulenza o convenzioni con l'Azienda. Altrettanto non possono essere designati rappresentanti di Associazioni che si trovino in situazioni di conflitto di interessi e di incompatibilità ai fini di leggi anche sopraggiunte.

Le finalità, gli obiettivi, le attività ed i compiti sono dettagliatamente indicati nel regolamento del comitato pubblicato sul sito aziendale nella specifica sezione. Sono esonerate dalla presentazione della domanda di partecipazione le Associazioni già inserite del già costituito Comitato

Per informazioni è possibile rivolgersi negli orari d'ufficio presso l'U.O. Relazioni col Pubblico - dott.ssa Grazia Dell'Angelo - tel. 0825-292029/292165/292089

Il Dirigente URP
(DR. ssa Grazia Dell'Angelo)

Il Direttore Generale
(Dr.ssa Maria Morgante)



allegato 2

AL Direttore Generale ASL AV

Oggetto: domanda di partecipazione al Comitato Partecipativo e Consultivo ASL AV
Il legale rappresentante dell' Associazione di volontariato / consumatori / categorie dei disabili / categorie dei pensionati / sindacati / di promozione sociale / tutela dei diritti

con sede in via _____ n. _____

città _____ cap _____

fax _____ email _____

tel _____ codice fiscale _____

chiede di partecipare al Comitato Partecipativo e Consultivo dell'ASL AV.

A tal fine, si delega a partecipare quale rappresentante dell'associazione in seno al C.P.C. il sig. _____.

I recapiti del rappresentante sig. _____ sono:

via _____ n. _____ cap _____

città _____ tel _____

fax _____ email _____

I recapiti del sostituto sono: sig. _____

via _____ n. _____ cap _____

città _____ tel _____

fax _____ email _____

Si allega statuto dell'Associazione, copia certificato di attribuzione del codice fiscale dell'Associazione e iscrizione al Registro regionale del Volontariato e/o altro Albo di competenza settoriale.

Si dichiara di aver preso visione e di accettare integralmente il Regolamento deliberato.

Data, _____

Timbro e firma del Presidente