

	Diocesi di Tortona Centro Paolo VI Onlus	  Certificato N. IT22-14501A
SGQ	MODULO RICHIESTA DI SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ DI VOLONTARIATO	<i>Rev.00 del 20250910</i>

Alla c.a.
del Direttore Generale

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
 _____ il _____ residente a _____
 _____ via _____ telefono _____
 _____.

consapevole delle norme regolamentari che disciplinano l'adesione e la partecipazione all'attività di volontariato di codesto Ente, che sottoscrive integralmente e verso le quali si impegna all'integrale osservanza e rispetto

CHIEDE

di essere ammesso/a a svolgere attività di volontariato presso il **Centro Paolo VI**, sede di _____, con la seguente disponibilità di tempo e attitudini:

- **Periodo:** dal _____ al _____
- **Giorno/i settimanale/i:** _____
- **Orario:** dalle _____ alle _____
- **Gruppo/Servizio:** _____
- **Attività:** _____

A tal fine, il/la sottoscritto/a dichiara:

- di aver preso visione del Regolamento per i Volontari e di accettarne integralmente i contenuti;
- di essere consapevole che per attività di volontariato si intende quella prestata liberamente, in maniera autonoma, personale e gratuita esclusivamente per fini di solidarietà;
- di impegnarsi a rispettare tutte le norme in materia di privacy, igiene e sicurezza in vigore presso l'ente, secondo quanto previsto dalla normativa vigente e dalle disposizioni interne;
- di essere stato/a reso/a edotto/a delle modalità operative, del rispetto da tenere verso ospiti, personale, informazioni e di quant'altro appreso durante il Servizio di volontariato.
- di non avere carichi pendenti e di essere in possesso dei requisiti morali previsti per lo svolgimento dell'attività di volontariato.

Allegati:

-  **Documento d'identità**
-  **Codice fiscale**

Distinti saluti.

Luogo e Data _____

Firma _____

	<i>Diocesi di Tortona</i> Centro Paolo VI Onlus	  Certificato N. IT22-14501A
SGQ	MODULO RICHIESTA DI SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ DI VOLONTARIATO	<i>Rev.00 del 20250910</i>

PARTE RISERVATA AL CENTRO PAOLO VI

Sentito il parere del Responsabile del Gruppo/Servizio Sig. _____ il
Direttore Generale

☐ **AUTORIZZA**

☐ **NON AUTORIZZA**

lo svolgimento dell'attività di volontariato del/della Sig./Sig.ra _____
presso la sede di /reparto/servizio _____ nel periodo dal
_____ al _____ il referente dell'ente assegnato sarà il Sig.
_____, il quale dovrà occuparsi del coordinamento delle attività, del
monitoraggio delle presenze e del supporto necessario allo svolgimento del servizio.

Si demanda all'RSPP l'attuazione degli obblighi formativi e informativi ex D.Lgs. 81/08 e al Medico
Competente l'eventuale sorveglianza sanitaria.

Firma del Direttore Generale

Firma del Responsabile del Gruppo/Servizio