***ALL. 1***

**DOMANDA DI CONVENZIONE PER LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA’ DI COLLABORAZIONE GRATUITA / VOLONTARIATO PRESSO L’AZIENDA SPECIALE COMUNALE CREMONA SOLIDALE**

**Spett. ASC Cremona Solidale**

**U.O. Affari Generali, Relazioni Istituzionali e**

**Rapporti con il Terzo Settore**

[protocollo@pec.cremonasolidale.it](mailto:protocollo@pec.cremonasolidale.it)

[protocollo@cremonasolidale.it](mailto:protocollo@cremonasolidale.it)

Il/La sottoscritto/a ………………………………….., in qualità di Legale Rappresentante/Presidente dell’Ente del Terzo Settore denominato ………………………………………………, C.F. …………………..con sede legale in ……………………………………………tel…………………………

Email/pec…………………………………………………..iscritto al Registro Unico Terzo Settore, secondo le disposizioni di cui al D.Lgs. n.117/2017……………………………………………………………………………………………………...

**CHIEDE**

di stipulare con l’Azienda Speciale Comunale Cremona Solidale apposita convenzione, ai sensi e per gli effetti dell’art. 5 comma 1 e/o dell’art. 56 del D.Lgs n. 117/2017, per lo svolgimento delle seguenti attività (*descrizione attività)*:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Per la realizzazione delle suddette attività l’ETS si avvarrà della collaborazione gratuita dei seguenti operatori volontari che opereranno presso l’ASC Cremona Solidale, secondo le modalità stabilite in regime convenzionale:

1. ………………………………………………………………………………………………………….
2. ………………………………………………………………………………………………………….
3. ………………………………………………………………………………………………………….

A tal fine allega:

* Copia dello Statuto/Atto costitutivo dell’Ente del Terzo Settore;
* Copia della documentazione/atto attestante l’iscrizione al Registro Unico del Terzo Settor;
* Elenco degli operatori che prestano attività di collaborazione gratuita / volontariato presso l’ASC Cremona Solidale;
* Copia del documento di identità personale in corso di validità.

Cremona,

Il Legale Rappresentante/Presidente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ELENCO DEI SOGGETTI CHE PRESTERANNO ATTIVITÀ DI COLLABORAZIONE GRATUITA / VOLONTARIATO PRESSO L’ASST DI CREMONA**

Il/La sottoscritto/a , nato/a a il , in qualità di legale rappresentante dell’ Ente di volontariato denominato , forma giuridica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con sede legale in , cap , Via , Prov. , Tel. , p e c , iscritta dal nel Registro Nazionale delle organizzazioni di volontariato al nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**DICHIARA**

1) che presteranno attività di collaborazione / volontariato presso l’ASST di Cremona, le seguenti persone:

**N**

**Cognome**

**Nome**

**Data nascita**

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

***(aggiungere righe se necessarie)***

2) di impegnarsi, a nome dell’Ente che rappresenta, ad assicurare che tutti gli operatori sopra indicati, non ancora in possesso di adeguata formazione per lo svolgimento di attività di volontariato, entro 12 mesi dalla sottoscrizione della convenzione, partecipino ai corsi di formazione in materia.

Cremona, Firma,