**RICHIESTA PER SVOLGERE ATTIVITÀ DI VOLONTARIATO AL CANILE SANITARIO INTERCOMUNALE “SOFFIO DI VENTO”, LOC. OSPEDALETTO, PISA.**

**Istanza da inoltrare al Comune di residenza del richiedente**

**Al Sig. Sindaco del Comune di**

* PISA
* FAUGLIA
* VECCHIANO
* VICOPISANO
* ORCIANO P.
* SAN GIULIANO T.

**IO SOTTOSCRITTO/A**

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

**cognome    |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|
nome       |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|**

**nato/a a |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|**

**il |\_\_|\_\_|/ |\_\_|\_\_| /|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|**

**residente a |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|**

**indirizzo |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|**

**domicilio (se diverso dalla residenza)città di\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|**

**cod. fisc. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|**

**telefono |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|**

**e-mail |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|**

*n.b.: campi obbligatori da compilare in modo chiaro e leggibile*

**DICHIARA**

- di essere consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi comportano l’applicazione delle sanzioni penali previste dall’art.76 D.P.R.445/2000 e la decadenza dai benefici conseguenti;

- di essere informato/a che le richieste errate, incomplete, non sottoscritte, giunte illeggibili o con modalità diverse da quelle previste saranno scartate senza avviso;

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all’art.13 DEL D.Lgs.196/03, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell’ambito del procedimento per il quale la presente richiesta viene effettuata e solo per i fini istituzionali;

- di essere **tesserato/a ed iscritto/a nelle liste del volontariato** della seguente Associazione animalista riconosciuta dal Comune di Pisa e firmataria del Protocollo di intesa per la tutela degli animali: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*n.b.: campo obbligatorio da compilare in maiuscolo*

**DICHIARA INOLTRE**

di essere in possesso di valida polizza assicurativa (**stipulata in proprio o per il tramite dell’Associazione animalista a cui si appartiene**) contro gli infortuni e le malattie connessi allo svolgimento dell’attività di volontariato, nonché per la responsabilità civile verso i terzi, ai sensi dell’art.18 del D.Lgs. 03/07/2017, n. 117, e di esentare l’Amministrazione da ogni responsabilità connessa allo svolgimento dell’attività di volontariato.

**CHIEDE**

il rilascio dell’autorizzazione per svolgere attività di volontariato al Canile sanitario municipale di Ospedaletto, collaborando con il personale del gestore del canile, sulla base delle norme vigenti nel canile.

**ALLEGA**

1. **copia fotostatica di un documento di identità valido.**
2. **Copia della tessera di socio a Associazione animalista.**
3. **Copia del documento “Diritti e doveri del volontario” sottoscritta**

|  |  |
| --- | --- |
| Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | *Firma del/la richiedente* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |