

Fondazione Molina Onlus - Varese	RICHIESTA DI PRESTAZIONI DI VOLONTARIATO MINORENNE	MD - 232 Vers.2 del 22/05/2018
		Pag. 1 di 1

Il/la sottoscritto/a _____
 Genitore/tutore legale di _____
 nato/a a _____ il _____
 residente a _____
 tel. _____ cell. _____ e-mail _____

CHIEDE CHE IL MINORE

- possa compiere attività di volontariato nei servizi socio-assistenziali della Fondazione Molina;

E' CONSAPEVOLE

- che detta prestazione è a titolo gratuito, con esclusione di qualsiasi rapporto di lavoro subordinato o di natura professionale.

DICHIARA

- di sollevare l'Amministrazione della Fondazione Molina onlus da qualsiasi tipo di responsabilità in rapporto alla propria attività di volontariato/tirocinio (malattia, infortunio, ecc.);
- di aver preso visione della Guida per i volontari con particolare riferimento al Codice deontologico in essa riportato;
- di essere stato informato/a che la Fondazione è dotata di un Codice etico, il cui estratto è pubblicato nel sito www.fondazionemolina.it;
- di essere consapevole che l'attività prestata dovrà svolgersi nel rispetto dell'Ospite/Paziente e dell'organizzazione del nucleo/reparto;
- di essere consapevole che eventuali foto, video e riprese possono essere fatti solo con il consenso espresso degli Ospiti e/o degli operatori;
- di autorizzare eventuali foto, video e riprese effettuate, alla pubblicazione e/o diffusione in qualsiasi forma delle proprie immagini e all'utilizzo del materiale audio/video prodotto nell'ambito delle riprese (foto o video) realizzate presso la Fondazione, senza limiti, anche mediante cessione parziale o totale a terzi.
- di essere disponibile a svolgere le seguenti attività (barrare con una croce la voce che interessa):

<input type="checkbox"/> dialogo e intrattenimento	<input type="checkbox"/> aiuto nell'imboccare
<input type="checkbox"/> accompagnamento e mobilitazione Ospiti	<input type="checkbox"/> collaborazione nelle attività di animazione
<input type="checkbox"/> altro _____	

- di garantire una frequenza a partire dal ___/___/_____ fino al ___/___/_____ nei seguenti giorni:

L, M, M, G, V, S, D con il seguente orario:

mattino dalle ore _____ alle ore _____ pomeriggio dalle ore _____ alle ore _____

Nucleo/Servizio individuato: _____

- di aver ricevuto dalla Fondazione l'informativa D. Lgs. 81/08;
- di aver preso visione dell'informativa ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 in merito alla protezione dei dati personali (GDPR);

CONSENTE

NON CONSENTE

che l'Ente effettui il trattamento dei dati personali da me indicati e forniti, compresi quelli sensibili per le finalità di cui all'informativa.

Varese, _____

Firma per accettazione e consenso informato:

Il/La Volontario/a

Genitore/tutore legale di

Il Responsabile
Dr.ssa Elena Sartorio

.....

.....

.....