



**Associazione Donatori  
Volontari Sangue  
ONLUS**



**RICHIESTA DI ISCRIZIONE NELL'ALBO DEI "COLLABORATORI" n. \_\_\_\_\_**

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a a ..... il .....

Residente a .....

Tel. 1)..... 2)..... e-mail .....

sottoscrive l'impegno a rendere un servizio volontario, non retribuito, di natura in genere "logistica", in favore della A.D.V.S. Ravenna (da ora in poi denominata "Associazione") in occasione degli eventi sociali e/o promozionali della donazione del sangue decisi dal Consiglio direttivo della Associazione, nel quadro della programmazione approvata dal suo Consiglio generale.

Dichiara di essere consapevole che l'iscrizione all'Albo dei Collaboratori giustifica la presunzione, da parte della Direzione della Associazione, di poter contare sull'iscritto, pur restando l'impegno assunto, in quanto volontario, da intendersi in senso generico e quindi subordinato alla possibilità di confermare di volta in volta la propria disponibilità, escludendo tuttavia la sindacabilità della qualità dell'evento che la Direzione della Associazione ha deciso di attuare.

Dichiara di essere altresì consapevole del fatto che i Collaboratori, oltre a costituire, nel loro insieme, la indispensabile struttura portante delle più significative iniziative promozionali "esterne" della Associazione, rappresentano la sua interfaccia con il pubblico, il quale, attraverso il contatto personale con ciascuno di loro, trae l'"immagine" della Associazione.

Pertanto, in questo ruolo, intende distinguersi per la cortesia, la disponibilità, la cordialità, il disinteresse che riserverà al pubblico e lo spirito collaborativo e amichevole che rivolgerà agli altri Collaboratori.

Si impegna a vestire i "contrassegni di appartenenza" in dotazione, in occasione degli eventi cui parteciperà, secondo le indicazioni ricevute, e a conservarli con cura.

Ai sensi dell'art. 3, comma 13-bis del D.L.gs. 81/2008 e s.m.i., si impegna anche a utilizzare le attrezzature di lavoro eventualmente fornite in conformità con le disposizioni e le istruzioni ricevute e a utilizzare i dispositivi di protezione individuale richiesti conformemente all'informazione e alla formazione ricevuta, nell'esecuzione delle attività che ne prevedono l'utilizzo, provvedendo alla cura degli stessi

Autorizza infine l'utilizzo dei dati personali su indicati per i soli scopi qui sopra descritti, ai sensi del decreto legislativo 30.6.2003 n.196.

Ravenna, .....

In fede .....

---

**A.D.V.S. Ravenna**

Azienda U.S.L. della Romagna  
Servizio Trasfusionale - Ravenna  
c/o Ospedale Civile  
Viale Randi, 5 - 48121 Ravenna  
☎0544/403462    ☎0544/404410  
ONLUS - C.F. 80004220390

🌐 [www.advsravenna.it](http://www.advsravenna.it)  
📘 ADVS Ravenna  
✉ [info@advsravenna.it](mailto:info@advsravenna.it)  
✉ PEC: [fidas.advsravenna@sicurezza postale.it](mailto:fidas.advsravenna@sicurezza postale.it)

Nota informativa. L'attività dei Collaboratori in occasione di eventi organizzati dalla Associazione o di eventi organizzati da altri cui l'Associazione partecipa è tutelata da polizza assicurativa a copertura di infortuni e di danni accidentali procurati a terzi.

La cancellazione dall'albo avviene per dimissioni o per oggettivo abbandono (ingiustificata partecipazione per un intero anno), che il Segretario organizzativo ha il compito di segnalare all'Ufficio di Segreteria per i relativi adempimenti.

La tenuta dell'Albo e il suo aggiornamento sono affidati all'Ufficio di Segreteria, in conformità delle suddette disposizioni.