



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione

U.O.C. Staff Direzione Aziendale
Direttore: Ing. Salvatore Caronia

Ufficio Relazioni con il Pubblico

Telefono

091 6664687 / 091 6664714 / 800272028
091 6662358 / 091 6662214

E MAIL

urp@arnascivico.it

WEB

www.arnascivico.it

Den. Amm. : A.R.N.A.S.
Cod. AOO : DIRAZI
N. Prot. : 0000289
Data Prot. : 22-01-2020 09:17:41
Tipo Reg. : Interno
Cod. Reg. : REG_INT_191217170702_I



**Oggetto: AVVISO DI AVVIO DEL PROCEDIMENTO DI RINNOVO DEL COMITATO
CONSULTIVO AZIENDALE.**

L'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione "Civico – Di Cristina – Benfratelli " di Palermo, in applicazione del Decreto Regionale dell'Assessore della Salute 15/10/2010 art.7 c.4 e 5, con il presente avviso dà avvio al procedimento di rinnovo del Comitato Consultivo Aziendale (C.C.A.) in ottemperanza alle disposizioni dell'Assessorato della Salute – Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica – Area Interdipartimentale 2 – "Ufficio del Piano di Rientro" e " Piano Sanitario" Prot.\Area Int.2\ n.90008 del 29/11/2013.

Il C.C.A. dell'ARNAS "Civico,Di Cristina,Benfratelli" di Palermo è stato costituito con Deliberazione n.1711 del 13/10/2010 e rinnovato con Deliberazioni n.1982 del 31/12/2013 e n.226 del 08/02/2017.

Il C.C.A. è previsto dalla L.R. 14/04/2009 n.5 art. 9 c. 8 e 9 , ed è composto da utenti e operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari dell'ambito territoriale di riferimento.

Lo stesso esprime pareri non vincolanti e formula proposte alla Direzione Generale in ordine agli atti di programmazione aziendale, all'elaborazione dei Piani di Educazione Sanitaria, alla verifica della funzionalità dei servizi aziendali nonché alla loro rispondenza alle finalità del Servizio Sanitario Regionale ed agli obiettivi previsti dai Piani sanitari Nazionali e Regionali; formula altresì proposte su campagne di informazione sui diritti degli utenti, sulle attività di prevenzione ed educazione alla salute, sui requisiti e criteri di accesso ai servizi sanitari e sulle modalità di erogazione dei servizi medesimi.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione

In considerazione della prossima scadenza dell'attuale C.C.A.

SI INVITANO

le Organizzazioni e le Associazioni di Volontariato e tutela dei diritti degli utenti e degli operatori del settore sanitario e socio-sanitario che operano nell'ambito territoriale di riferimento dell' ARNAS "Civico – Di Cristina – Benfratelli", nel caso in cui intendano candidarsi a far parte del suddetto Comitato, di farne formale richiesta, tramite apposita istanza, scaricabile dal sito www.arnascivico.it, entro 30 giorni dalla pubblicazione nel sito stesso del presente avviso di avvio del procedimento di rinnovo del Comitato Consultivo Aziendale.

Le istanze, sottoscritte dal legale rappresentante dell'Organizzazione/Associazione, dovranno pervenire **esclusivamente** a mezzo posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo: ospedalecivicopa@pec.it corredate da relativi allegati.

Alla istanza dovranno essere allegati:

- copia dello statuto;
- copia dell'atto costitutivo;
- relazione delle principali attività svolte;
- copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore.

Responsabile del Procedimento è l'Ufficio Relazioni con il Pubblico – Dott. Filippo Trupia – al quale potranno essere richiesti chiarimenti e notizie inerenti alla presente procedura all'indirizzo e_mail: urp@arnascivico.it.

Il Direttore Generale
Dott. Roberto Colletti

Al Direttore Generale
A.R.N.A.S. "Civico – Di Cristina - Benfratelli"
Piazza Nicola Leotta,4
90127 - Palermo

**OGGETTO: Istanza di partecipazione al Comitato Consultivo Aziendale dell'A.R.N.A.S.
" Civico, Di Cristina, Benfratelli" Palermo- (ex art.7 D.A. n.01019 del 15 aprile
2010) di cui all'avviso prot. n. _____ del _____.**

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di _____ della

☐ Organizzazione/Associazione _____ di volontariato e
tutela dei diritti degli utenti del settore sanitario e socio-sanitario

☐ Organizzazione/Associazione _____ rappresentativa degli operatori del settore
sanitario e socio-sanitario,

Codice fiscale/Partita IVA _____

Sede sociale _____

Sede operativa _____

Telefono _____ Fax _____ e-mail _____

Iscrizione al Registro generale regionale delle Organizzazioni di volontariato di cui all'art.6 della L.R.
7 Giugno 1994, n. 22:

☐ SI indicare n° _____ e data della Delibera Regionale _____

☐ NO indicare in quale data l'iscrizione è stata richiesta _____

Visto il D.A. 15 aprile 2010 n.01019/10, pubblicato sulla G.U.R.S. n°22 del 7 Maggio 2010, con la
presente il/la sottoscritto/a

CHIEDE

che la Organizzazione/Associazione _____

venga ammessa a partecipare al Comitato Consultivo Aziendale dell'ARNAS "CIVICO, DI CRISTINA,
BENFRATELLI" di Palermo per fornire il proprio contributo per lo svolgimento delle attività e delle
funzioni di cui all'art. 2 del citato decreto.

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

- il numero degli iscritti o degli aderenti dell' Organizzazione/Associazione è di n° _____ unità;
- le principali finalità statutarie sono relative ad attività di volontariato e/o tutela dei malati e degli utenti del settore sanitario e/o socio-sanitario o di rappresentanza e tutela degli operatori del settore sanitario e/o socio-sanitario;
- la diffusione sul territorio Organizzazione/Associazione è

Si allegano:

- copia dello statuto,
- copia dell'atto costitutivo,
- relazione delle principali attività svolte,
- copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscritto.

Data _____

Firma del Legale Rappresentante

Timbro dell'Associazione/Organizzazione

- Informativa ai sensi dell'art.13 D. Lgs 196/2003:

I dati forniti con il presente modulo saranno trattati, dai soli uffici interessati, esclusivamente per le finalità connesse con la presente istanza.

- Consenso al trattamento dei dati:

Il/la sottoscritto/a, consapevole che il trattamento potrà riguardare sia dati personali che dati sensibili ex art.4 ci lett. b) e d) D.Lgs 196/2003, presta il proprio consenso al fine dello svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa, consapevole che il mancato consenso comporterà l'impossibilità di dar seguito alla istanza.

Firma _____