

Al Direttore
dell'Ipab Centro Anziani di Bussolengo
Via P. Veronese 09
Bussolengo

Oggetto: domanda di ammissione all'attività di volontariato.

___/___ sottoscritt_ _____

Nat_/_ a _____ il _____

Residente a _____ in via _____

Telefono _____ cellulare _____

e-mail _____

CHIEDE

a. di essere ammess_/_ a svolgere attività di volontariato presso l'Ipab Centro Anziani di Bussolengo;

b. di essere stat_/_ res_/_ edott_/_ delle modalità operative e delle norme di comportamento dei volontari riguardanti il rispetto da tenere verso ospiti, familiari e personale nonché della riservatezza su fatti, circostanze o situazioni personali e sanitarie degli ospiti dei quali viene a conoscenza durante lo svolgimento dell'attività di volontariato

c. di accettare le norme regolamentari e le condizioni che disciplinano lo svolgimento dell'attività di volontariato da prestare presso codesta Ipab

c. di indicare nei seguenti giorni ed orari la disponibilità per lo svolgimento dell'attività in parola servizio:

| lunedì | Martedì | mercoledì | Giovedì | venerdì | sabato | domenica |
|---------------|----------------|------------------|----------------|----------------|---------------|-----------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Firma _____

Bussolengo li _____