



ACCORDO TRA VOLONTARIA/O FAMIGLIA DEL MINORE,
 CONSORZIO E ASL TO 3 (se coinvolta)

VOLONTARIA/O

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CODICE

FISCALE

SI IMPEGNA

¾ a rendersi disponibile a svolgere un'attività VOLONTARIA di supporto alla famiglia e
 al/ai minore/i, tenendo conto delle indicazioni sia della famiglia interessata, sia del
 servizio sociale a favore del/i minore/i\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¾ a rendersi disponibile a recarsi presso l'abitazione del/i minore/i o presso la propria

abitazione o sul territorio, per provvedere al suo/loro sostegno collaborando con i
 nucleo familiare e i servizi socio-sanitari, per lo svolgimento del seguente progetto. ¾ qualora venisse meno la sua disponibilità , si impegna ad avvisare il COS con
 almeno un mese di anticipo rispetto alla data di interruzione dell’attività, per
 permettere ai servizi di individuare un volontario in sostituzione. In caso contrario
 verrà scalato dal rimborso spese del mese precedente l’importo proporzionale al
 periodo di mancato preavviso (es. se si avvisa con 1 sola settimana di anticipo, ne
 verranno scalate 3).

DEFINIZIONE DEL PROGETTO

OBIETTIVI:

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

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

MODALITA' DELL'INTERVENTO E LUOGHI:

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

TEMPI E DURATA:

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

DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA CHE:

¾ il COS verserà mensilmente al/la sottoscritto/a la somma di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ quale
 rimborso spese sostenute per le attività sovradescritte

¾ l’ASL TO3 verserà mensilmente al/la sottoscritto/a la somma di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ quale
 rimborso spese sostenute per le attività sovradescritte

¾ il COS e l’ASL TO3 si riservano il diritto di sospendere l’intervento di supporto
 qualora il/la sottoscritto/a non rispettasse gli impegni assunti ovvero qualora si
 dovessero verificare modifiche sostanziali nella situazione del/i minore/i e/ del nucleo
 familiare

¾ in favore del/i minore/i il COS stipulerà una polizza assicurativa per gli infortuni e
 responsabilità civile verso terzi

¾ l’attività prestata non si configura in nessun caso come attività lavorativa retribuita,
 con pagamento di un corrispettivo orario, ma prevede solo il rimborso spese di cui
 sopra

DICHIARA

¾ di esprimere il proprio consenso al trattamento ed archiviazione dei dati personali ai
 sensi del D.Lgs. n. 196/2003

2

LA FAMIGLIA DEL MINORE

|  |  |
| --- | --- |
| Il sottoscritto | La sottoscritta |
| padre di | madre di |
| residente a | residente a |
| via | via |
| tel. | tel. |

DICHIARANO

¾ di esprimere il proprio consenso riguardo al progetto di intervento concordato con
 il/la volontario/a Sig./ra:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 e i servizi consortili, volto all'espletamento dei compiti sopra descritti
¾ di autorizzare il volontario a svolgere con il proprio figlio/a attività sul territorio
 utilizzando mezzi di trasporto pubblici e privati

¾ di essere a conoscenza che il COS verserà al/la Sig./ra

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
la somma di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mensili a titolo di rimborso spese per l'attività volontaria
svolta

¾ di essere a conoscenza che l’ASL TO3 verserà al/la Sig./ra

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
la somma di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mensili a titolo di rimborso spese per l'attività volontaria
svolta

¾ di esprimere il consenso all’archiviazione ed al trattamento dei dati personali ai sensi
 del D.Lgs. n. 196/2003

IL COS

S I I M P E G N A

¾ a seguire il progetto di sostegno per il/i minore/i \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 attraverso verifiche periodiche e monitoraggio della situazione a cura dell’assistente
 sociale referente sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¾ a stipulare in favore del minore una polizza assicurativa per gli infortuni e
 responsabilità civile verso terzi

¾ a corrispondere al volontario Sig/ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 la somma di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mensili a titolo di rimborso spese per
 il sostegno prestato a favore del/i minore. L’attività non si configura in nessun caso
 come attività lavorativa retribuita, con pagamento di un corrispettivo orario, ma
 prevede solo un rimborso spese al volontario.

3

L’ASL TO3

S I I M P E G N A

¾ a seguire il progetto di sostegno per il/i minore/i \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 attraverso verifiche periodiche e monitoraggio della situazione a cura del referente
 sanitario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¾ a corrispondere al volontario Sig/ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 la somma di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mensili a titolo di rimborso spese per
 il sostegno prestato a favore del/i minore. L’attività non si configura in nessun caso
 come attività lavorativa retribuita, con pagamento di un corrispettivo orario, ma
 prevede solo un rimborso spese al volontario.

IL COS E L’ASL TO3

S I R I S E R V A N O

¾ di sospendere anticipatamente rispetto al periodo previsto il progetto di sostegno
 qualora il/la volontario/a non mantenesse adeguatamente gli impegni assunti ovvero
 qualora si dovessero verificare modifiche sostanziali nella situazione familiare del/i
 minore/i e/o del nucleo familiare.

Data e luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firme del/gli esercente/i la potestà genitoriale

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma dell'affidatario

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma degli operatori

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

*LA DIRETTRICE COS* *IL DIRETTORE*

*AREA MINORI MINORI DISABILI*

*E LORO FAMIGLIE* *DEL DISTRETTO DI COLLEGNO*

*(Dott.ssa Elena GALETTO)* *(Dr.Silvio VENUTI)*

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

Documento da firmare in 4 copie, una delle quali va rilasciata agli Esercenti
la potestà genitoriale, una al/la Volontaria/o , una al Servizio consortile e
una all’ASL

4