Blindenzentrum St. Raphael – VDS-ETS
Zentrum für Blinde und Sehbehinderte / Centro per ciechi ed ipovedenti
Schießstandweg/Vicolo Bersaglio 36 I-39100 Bozen/Bolzano (BZ)
Tel. 0471 – 442323 – Fax 0471 - 442300
Web www.blindenzentrum.bz.it E-mail info@blindenzentrum.bz.it
PEC blindenzentrum@pec.it
Steuernummer/Codice fiscale 00586160210
Mwst.-Nr./Partita IVA 00586160210

Accordo di collaborazione volontaria con il Centro Ciechi St. Raphael

Nome: _____ *data di nascita:* _____
Indirizzo: _____ *telefono:* _____
e-mail: _____ *disponibile dal:* _____ *al:* _____

Orario (giorni, ore): _____

Attività: _____

Siamo lieti della Sua disponibilità a collaborare come volontario! La ringraziamo del Suo impegno e La preghiamo di osservare i seguenti punti:
All'inizio della Sua collaborazione sarà introdotta/o nelle Sue attività. Durante la Sua collaborazione sarà supportata/o da una persona di riferimento, e riceverà tutte le informazioni necessarie.
La Sua persona di riferimento è la coordinatrice dei volontari, Marion Hartmann, oppure la/il responsabile del servizio.
Per una buona collaborazione con i diretti interessati (non vedenti o ipovedenti) e con il personale del Centro è essenziale essere affidabili. Per questo La preghiamo di mantenere gli orari accordati e di informarci tempestivamente qualora non Le sia possibile rispettare gli impegni.
La preghiamo di attenersi alle disposizioni della Sua persona di riferimento. In caso di dubbi o insicurezze si rivolga alla Sua persona di riferimento per evitare eventuali malintesi.
Tutte le informazioni o i dati dei quali verrà a conoscenza durante la Sua attività di volontario sono strettamente confidenziali e quindi segreto professionale. Questo vale sia per i diretti interessati, sia per il personale e le sue attività.
Questo accordo di collaborazione può essere modificato o interrotto solamente in reciproco assenso.
Il Centro Ciechi St. Raphael si impegna ad adottare le misure per la tutela della salute e sicurezza previste dal D. Lgs. 81/2008 e successive modificazioni ed integrazioni, nel mentre Lei si impegna a Sua volta, ad osservare tali misure anche utilizzando eventuali dispositivi di protezione messi a disposizione.
Le linee guida per la collaborazione con i volontari nel Centro Ciechi St. Raphael sono parte integrante del presente accordo di collaborazione. Con la Sua firma ne dichiara la presa visione e accettazione.
I Suoi dati personali saranno utilizzati dal Centro Ciechi St. Raphael ai soli fini stabiliti dall'azienda e nel rispetto della normativa vigente.

Le auguriamo una buona collaborazione!

Luogo/data

_____ _____

Firma del responsabile Firma del/la volontaria/o