

**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, Heidi Santa, oppure la/il responsabile del servizio.

Per una buona collaborazione con i diretti interessati (nonvedenti 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