

ARPA
Agenzia Regionale per la Prevenzione e l'Ambiente
dell'Emilia - Romagna

* * *

Atti amministrativi

Determinazione dirigenziale	n. DET-2013-19 del 14/01/2013
Oggetto	Direzione Tecnica. Accoglienza della Dott.ssa Bianca Gherardi presso gli uffici della struttura per un periodo di frequenza volontaria di tre mesi.
Proposta	n. PDTD-2013-18 del 14/01/2013
Struttura adottante	Direzione Tecnica
Dirigente adottante	Tibaldi Stefano
Struttura proponente	Ctr Ambiente Salute
Dirigente proponente	Lauriola Paolo
Responsabile del procedimento	Lauriola Paolo

Questo giorno 14 (quattordici) gennaio 2013 (duemilatredecim) presso la sede di Largo Caduti del Lavoro, 6 in Bologna, il Direttore Tecnico, Prof. Stefano Tibaldi, ai sensi del Regolamento Arpa sul Decentramento amministrativo, approvato con D.D.G. n. 65 del 27/09/2010 e dell'art. 4, comma 2 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 determina quanto segue.

Oggetto: Direzione Tecnica. Accoglienza della Dott.ssa Bianca Gherardi presso gli uffici della struttura per un periodo di frequenza volontaria di tre mesi.

VISTO:

- il Regolamento per il Decentramento amministrativo di Arpa adottato con delibera del Direttore Generale n. 65 del 27.09.2010;
- il Regolamento delle frequenze volontarie presso le Strutture di Arpa, approvato con D.D.G. n. 88 del 15.07.1996;

DATO ATTO:

- che la Dott.ssa Bianca Gherardi, nata a Bologna (BO) il 18/08/1988, laureata in Scienze Statistiche, ha chiesto di poter svolgere un periodo di frequenza volontaria presso il CTR Ambiente e Salute, Via Begarelli n. 13 – Modena, della Direzione Tecnica come da nota allegata sub A) al presente atto;
- che la frequenza volontaria di cui sopra ha durata di 3 mesi a partire dal 16/01/2013 al 16/04/2013;

VALUTATA:

- l'opportunità di attivare, con la Dott.ssa Bianca Gherardi una frequenza volontaria in applicazione del sopraccitato Regolamento delle frequenze volontarie presso la Struttura di Arpa Emilia-Romagna;

DATO ATTO:

- che la Dott.ssa Bianca Gherardi ha presentato, ai sensi degli artt. 2 e 3 del sopraccitato Regolamento, la seguente documentazione:
 - domanda di ammissione a frequenza volontaria nella quale si dichiara da parte della Dott.ssa Bianca Gherardi la conoscenza ed incondizionata accettazione del Regolamento delle frequenze volontarie presso le Strutture di Arpa Emilia-Romagna;
 - dichiarazione con cui si riconosce che da parte di Arpa esiste, nei confronti del frequentatore volontario, il solo obbligo riconsentire la frequenza nei limiti ed alle condizioni del Regolamento;
- che la Dott.ssa Bianca Gherardi ha stipulato, come richiesto dal regolamento in oggetto, idonea assicurazione contro i rischi di Responsabilità Civile verso terzi e contro gli infortuni che potrebbero verificarsi durante a frequenza volontaria in Arpa, agli atti dell'Agenzia;

RITENUTO PERTANTO:

- che le finalità dell'iniziativa in questione corrispondano a quanto previsto dalla vigente normativa;
- di autorizzare la Dott.ssa Bianca Gherardi a svolgere un periodo di frequenza volontaria presso la struttura del CTR Ambiente e Salute della Direzione Tecnica, Via Begarelli n. 13 – Modena, per un periodo di tre mesi a decorrere dal 16/01/2013 al 16/04/2013;

SU PROPOSTA:

- del Dott. Paolo Lauriola, Responsabile del CTR Ambiente e Salute, il quale ha espresso il proprio parere favorevole in ordine alla regolarità amministrativa del presente provvedimento;

DATO ATTO :

- che si è provveduto a nominare responsabile del procedimento, ai sensi del combinato disposto di cui agli artt. 4 , 5 e 6 della Legge n. 241/90 e della Legge Regionale n. 32/93, e s.m.e.i., lo stesso Dott. Paolo Lauriola;

DETERMINA

1. di autorizzare, per i motivi sopra esposti, la Dott.ssa Bianca Gherardi a svolgere un periodo di frequenza volontaria di due mesi presso la struttura del CTR Ambiente e Salute della Direzione Tecnica, Via Begarelli n. 13 – Modena a partire dal 16/01/2013 al 16/04/2013;
2. di dare atto che il costituendo rapporto tra Arpa e la Dott.ssa Bianca Gherardi, oltre a non configurarsi in alcun modo come rapporto di lavoro, non comporta alcun vincolo ed onere retributivo per l'Agenzia.

IL DIRETTORE TECNICO AD INTERIM

(Prof. Stefano Tibaldi)

**Spett.le ARPA
Agenzia Regionale Prevenzione Ambiente
Direzione Tecnica
Largo Caduti del lavoro, 6
Bologna**

CA Direttore Tecnico

**pc Dott. Paolo Lauriola
Centro tematico regionale Ambiente e Salute
Via Begarelli, 13
Modena**

**Oggetto: Richiesta di Frequenza volontaria presso gli uffici di ARPA
Emilia Romagna – Centro tematico regionale Ambiente e Salute**

Io sottoscritta, Bianca Gherardi:

- nata a Bologna, il 18/08/1988;
- residente in Zocca (MO), via Bellavista, 501/A;
- in possesso di Laurea Magistrale in Scienze Statistiche ottenuta presso l'Università di Bologna;

chiedo

di poter avere accesso, a titolo di Frequenza Volontaria, agli uffici di ARPA Emilia Romagna, in particolare presso la sede del CTR Ambiente e Salute sito in Via Begarelli 13, 41100 Modena (MO) con Responsabile il Dott. Paolo Lauriola.

Il periodo della frequenza volontaria sarà di tre mesi, dal 16/01/2013 al 16/04/2013.

Dichiaro altresì di aver letto e di accettare nella sua totalità il "Regolamento tirocini, stages, frequenze volontarie in ARPA" ed in particolare di riconoscere che:

- l'agenzia nei miei confronti ha solo l'obbligo di consentire la frequenza nei limiti del regolamento stesso;
- sono a mio completo carico gli infortuni riportati durante la frequenza o a causa della stessa, nonché gli oneri per l'assicurazione contro le malattie.

Alla presente allego il *curriculum vitae* e copia della polizza assicurativa personale contro gli infortuni e per responsabilità civile per danni contro terzi.

In fede

Data: 10/01/2013

Dott.ssa Bianca Gherardi

Bianca Gherardi



BOLOGNA F **660** **008** **13011220-00**
 Agenzia Cod. Ramo N. Polizza Cod. Cliente

Contraente

GERARDI BIANCA
 Cognome e Nome o Ragione Sociale Raggrupp. Cod. Attività
GHRBNC88M58A944A **F** **6401000**
 Codice Fiscale Sesso Cod. Professione Cliente globale
LRGO GIOVANNI IGNAZIO MOLINA 4 - BOLOGNA (BO) **40138**
 Via Città Prov. Cap.

Rischi assicurati

con i moduli richiamati ai rispettivi numeri

- 1** Infortuni
- 2** Diaria ricovero da malattia
- 3** Grandi interventi chirurgici
- 4** Inv. Permanente da malattia

Helvetia Assistance

(prestata tramite la Struttura Organizzativa di Europ Assistance Service S.p.A - P.zza Trento, 8 - Milano alle condizioni riportate nel fascicolo Mod. C/20A).

Effetto e durata

24 del 24 del emissione
 dalle ore **02 01 2013** alle ore **02 01 2014** | **28 12 2012**

Premio da pagare

alla firma fino al 02 01 2014	ad ogni successiva scadenza*
Premio lordo Totale € 110,00	Premio lordo Totale € 110,00
di cui:	di cui:
1 Infortuni € 107,32	1 Infortuni € 107,32
2 Diaria/Grandi € 0,00	2 Diaria/Grandi € 0,00
3 int. chirurgici	3 int. chirurgici
4 Inval. perm. da malattia € 0,00	4 Inval. perm. da malattia € 0,00
Assistenza € 0,00	Assistenza € 0,00
Imposte € 2,68	Imposte € 2,68
Abbuono di €	su polizze sostituite N.

* cioè il **02/01** di ogni anno Quota della Delegataria _____ %

Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA
 Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia



DETRAIBILITÀ FISCALE PREMI

Per il Contraente vengono qui riportati i premi annui delle singole garanzie con l'indicazione, per quelle per le quali è ammessa la detraibilità dall'Irpef ai sensi della vigente normativa, della parte dei premi stessi su cui si calcola la detrazione ai sensi della citata normativa. È onere del Contraente verificare che la citata normativa risulti in vigore alla data di presentazione di questo documento ai fini della detraibilità fiscale.

Garanzia	Premio Imponibile Euro	Premio lordo Euro	Premio utilizzabile per il calcolo della detrazione dall'IRPEF ai sensi della vigente normativa	
			Premio Imponibile Euro	Premio Lordo Euro
Morte	0,00	0,00	0,00	0,00
Invalità Permanente da Infortunio	47,81	49,00	34,15	35,00
Invalità Permanente da Malattia	0,00	0,00	0,00	0,00
Totale	47,81	49,00	34,15	35,00

Numero di controllo **566099081**

Pagamento alla firma

Data pagamento **02/01/2013** Ore _____ Importo € **110,00** L'Agente *[Signature]*



Dichiarazioni

Ai sensi dell'art. 185 del Decreto Legislativo n° 209 del 7/9/2005 ed in conformità con quanto disposto dal regolamento ISVAP n. 35 del 26/5/2010, il Contraente dichiara di aver preventivamente ricevuto il FASCICOLO INFORMATIVO - mod. FI/1MRP contenente: la Nota Informativa - mod. C/31MRP e le Condizioni di Assicurazione - mod. C20A.

Il Contraente _____

Agli effetti della validità della garanzia, il Contraente dichiara:

- di non avere e di non essere a conoscenza che le persone assicurate abbiano difetti fisici, malattie croniche o che comportino l'assunzione di una terapia farmacologica continuativa, menomazioni o subito infortuni con residue gravi invalidità permanenti o avuto polizze infortuni o malattie annullate per sinistro;
- che la polizza è liberamente stipulata in aggiunta ed indipendentemente da obblighi assicurativi di leggi vigenti e future.

La polizza è stipulata in base alle dichiarazioni del Contraente, sopradescritte ed è regolata dalle "Norme che regolano l'assicurazione in generale", dalle "Norme Comuni ai Moduli" e dalle "Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni" riportate nel fascicolo Mod. C/20A, che costituisce parte integrante della polizza e che il Contraente dichiara di aver ricevuto, di conoscere e di accettare.

AVVERTENZA - Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal Contraente al momento della stipulazione del contratto relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio assicurato e sulla determinazione del premio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo e comunque compromettere il diritto alla prestazione, nonché la cessazione dell'assicurazione (artt.1892,1893,1894 Codice Civile).

AVVERTENZA - Prima della sottoscrizione del questionario sanitario, il soggetto legittimato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario stesso.

Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA
Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia



Francesco Rufini

Il Contraente _____

Il Contraente dichiara inoltre di approvare specificatamente - ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 Cod. Civ. i seguenti articoli delle "Norme che regolano l'assicurazione in generale" e dalle "Norme Comuni ai Moduli":

Art. 2 - Altre Assicurazioni
Art. 8 - Recesso in caso di sinistro
Art. 11 - Foro Competente

Art. 7 - Denuncia del sinistro e obblighi del Contraente/Assicurato
Art. 9 - Proroga dell'assicurazione
Art. 14 - Indicizzazione

ed i seguenti articoli delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni:
Art. 28 - Franchigia Modulata Invalidità Permanente

Art. 31 - Franchigia Inabilità Temporanea

Il Contraente _____

Periodicità e mezzi di pagamento del premio

Il pagamento del premio è previsto con periodicità annuale. E' inoltre prevista la possibilità di frazionare il pagamento del premio in più rate (semestrali, con aumento del 3% , o quadrimestrali, con aumento del 5% o trimestrali, con aumento del 7% del premio annuo).

I mezzi di pagamento del premio accettati dalla Società, ai sensi della vigente normativa antiriciclaggio D.Lgs. n°231 del 21 novembre 2007 e successive modificazioni, sono: assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico e denaro contante, con i limiti e le modalità previsti dalle vigenti norme.





Modulo uno infortuni



660 008 13011220-00
Cod. Agenzia Ramo N. Polizza

L'assicurazione vale, **in tutto il mondo** per gli infortuni che l'Assicurato/i subisca nello svolgimento dell'attività descritta, nei limiti delle somme assicurate, per la "Combinazione di Rischio Assicurato prescelta", nonché alle Condizioni Aggiuntive e Condizioni Particolari, se richiamate e rese operanti.

Persone Assicurate

N° Ass.to	Cognome e Nome - Data di nascita - sesso	Professione	Cod. Prof
1	GHERARDI BIANCA 18/08/1988 femmina	Impiegati amministrativi in genere	090 Cl. Rischio A
N° Ass.to	Cognome e Nome - Data di nascita - sesso	Professione	Cod. Prof
			Cl. Rischio
N° Ass.to	Cognome e Nome - Data di nascita - sesso	Professione	Cod. Prof
			Cl. Rischio
N° Ass.to	Cognome e Nome - Data di nascita - sesso	Professione	Cod. Prof
			Cl. Rischio
N° Ass.to	Cognome e Nome - Data di nascita - sesso	Professione	Cod. Prof
			Cl. Rischio

Garanzie prestate e Somme Assicurate

N° Ass.to	Morte	Invaldità Permanente	Inabilità temporanea	Spese di Cura da infortunio	Diaria da ricovero da infortunio	Combinazione Rischio Ass.to (Vedi retro)
1		50.000,00		5.200,00		A

Condizioni Aggiuntive (sono operanti quelle richiamate con le lettere contrassegnate - vedi retro)

N° Ass.to	Condizioni aggiuntive	Condizioni Particolari	Beneficiari in caso di Morte
1	5		



Combinazione Rischi Assicurati

(Sono validi solo quelli espressamente richiamati nel campo "Combinazione Rischio Assicurato" del Modulo Uno Infortuni)

- A) Infortuni professionali ed extraprofessionali;**
(Come regolato dall'Art. 22 lett. A) delle Norme che regolano l'assicurazione infortuni, riportate nel fascicolo della Polizza Multirischi Persona Mod. C.20/A)
- B) Infortuni solo professionali;**
(Come regolato dall'Art. 22 lett. B) delle Norme che regolano l'assicurazione infortuni, riportate nel fascicolo della Polizza Multirischi Persona Mod. C.20/A)
- C) Infortuni solo Extraprofessionali;**
(Come regolato dall'Art. 22 lett. C) delle Norme che regolano l'assicurazione infortuni, riportate nel fascicolo della Polizza Multirischi Persona Mod. C.20/A)

Condizioni Aggiuntive

(Sono valide solo quelle espressamente richiamate nel campo "Condizioni Aggiuntive" del Modulo Uno Infortuni)

- 1) Attività Sportive Speciali**
(Come regolato dal testo riportato nel fascicolo della Polizza Multirischi Persona Mod. C.20/A)
- 2) Apparecchi Gessati - Convalescenza Ospedaliera da infortunio**
(Come regolato dal testo riportato nel fascicolo della Polizza Multirischi Persona Mod. C.20/A)
- 3) Terremoto - Guerra**
(Come regolato dal testo riportato nel fascicolo della Polizza Multirischi Persona Mod. C.20/A)
- 4) Viaggi Aerei su velivoli privati**
(Come regolato dal testo riportato nel fascicolo della Polizza Multirischi Persona Mod. C.20/A)
- 5) Franchigia Invalidità Permanente a Scaglioni di somme**
(Come regolato dal testo riportato nel fascicolo della Polizza Multirischi Persona Mod. C.20/A)
- 6) Franchigia Invalidità Permanente Assoluta 5%**
(Come regolato dal testo riportato nel fascicolo della Polizza Multirischi Persona Mod. C.20/A)

Condizioni Particolari

(Sono valide solo quelle espressamente richiamate nel campo "Condizioni Particolari" del Modulo Uno Infortuni)

- 1) Rischio "in itinere" (per sole polizze limitate agli infortuni professionali)**
(Come regolato dal testo riportato nel fascicolo della Polizza Multirischi Persona Mod. C.20/A)
- 2) Esonero dall'obbligo di denuncia di infermità, mutilazioni o difetti fisici (per polizze aziendali)**
(Come regolato dal testo riportato nel fascicolo della Polizza Multirischi Persona Mod. C.20/A)

