ALLEGATO 2

AL DIRETTORE GENERALE
dell'Azienda Sanitaria Territoriale di
Ancona – Via C. Colombo 106 - 60127
Ancona
comunicazione.ast.an@sanita.marche.it

Oggetto: **Richiesta di concessione di patrocinio e di utilizzo del logo dell'AST di Ancona**

INDIVIDUAZIONE SOGGETTO PROMOTORE

Denominazione del soggetto

Codice fiscale Partita IVA

INDIRIZZO COMPLETO DELLA SEDE LEGALE O DELLA SEDE PRINCIPALE

Via n. C.A.P.

Comune Provincia

Telefono E-mai

NOME E COGNOME DEL LEGALE RAPPRESENTANTE:

NOME E COGNOME di eventuale REFERENTE AUTORIZZATO per la trattazione della pratica:

NATURA DEL SOGGETTO

☐ ENTE

☐ ASSOCIAZIONE

☐ ISTITUZIONE

☐ COMITATO

☐ ONLUS [ALLEGARE RELATIVA CERTIFICAZIONE]

☐ ALTRO (specificare)

EVENTUALE SOGGETTI DI DIRITTO PUBBLICO O PRIVATO CO-REALIZZATORI O SOSTENITORI A QUALSIVOGLIA TITOLO (sponsor) E LORO DENOMINAZIONE COMPLETA:

ALLEGATO 2

SCHEDA DELL'INIZIATIVA

Descrivere esaustivamente l'iniziativa, con particolare riguardo alle finalità, ai tempi di attuazione e alla motivazione del «rilievo regionale».

A. TITOLO DELL'INIZIATIVA:

B. LUOGO, TEMPI E MODALITA' DI ORGANIZZAZIONE DELL'INIZIATIVA:

C. DATA DI SVOLGIMENTO E DI CONCLUSIONE:

D. DESCRIZIONE DELL'INIZIATIVA:

F. FINALITÀ DELL'INIZIATIVA:

G. MOTIVAZIONE DELL'INIZIATIVA:

H. PUBBLICO/UTENZA A CUI SI RIVOLGE L'INIZIATIVA:

I. EVENTUALI PATROCINI DA PARTE DI ALTRI ENTI O ISTITUZIONI:

N.B.: Si invita ad una puntuale ed esaustiva compilazione dei dati richiesti.

Allegato: Programma dell'iniziativa

Data

Timbro e firma del legale rappresentante

_____