

AL DIRETTORE GENERALE
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:**

(N.B. barrare se non d'interesse)

ALLEGATO 2

SCHEDA DELL'INIZIATIVA

Descrivere esaurientemente 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
