



Servizio Sanitario Nazionale – Regione Liguria
 Azienda Sanitaria Locale n. 5 “Spezzino”
 La Spezia
 S.C. URP ATTIVITA’ OSPEDALE- TERRITORIO

**SCHEDA ANAGRAFICA ASSOCIAZIONI DI
 VOLONTARIATO**

<p>Denominazione dell’associazione - Sigla Codice Fiscale o Partita IVA</p>	<p><i>Indicare il nome per esteso oltre alla sigla dell’associazione</i></p>
<p>Sede dell’associazione Data di costituzione.....</p>	<p><i>Indicare indirizzo completo di via, numero civico, CAP e località.</i></p>
<p>n. telefonico n. fax</p>	<p><i>Indicare i numeri relativi alla sede dell’associazione</i></p>
<p>Indirizzo e-mail </p>	<p><i>Indicare l’indirizzo di posta elettronica dell’associazione</i></p>
<p>Indirizzo sito internet </p>	<p><i>Indicare l’indirizzo del sito internet dell’associazione</i></p>
<p>Settore di attività nell’ambito socio-sanitario e finalità perseguite:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><i>Esempio: handicap, minori, famiglia, immigrazione, donazione di sangue</i></p>

Numero dei soci o iscritti alla sezione / gruppo territoriale	<i>Cancellare la parte che non interessa</i>
Iscrizione al Registro Regionale: <input type="radio"/> SI n. Registro regionale <input type="radio"/> NO	<i>Barrare la casella ed indicare l'eventuale n. di iscrizione al registro regionale</i>
Cariche sociali <input type="radio"/> Legale rappresentante <input type="radio"/> Delegati	<i>Indicare il cognome e nome, dopo avere barrato il ruolo corrispondente ed allegare verbale di nomina</i>
Convenzioni o progetti in corso:	<i>Indicare le convenzioni o i progetti in corso con reparto/struttura ove viene svolta l'attività - data di scadenza</i>
Data di compilazione	

Da inviare compilata in allegato alla nota di accompagnamento.

LEGALE RAPPRESENTANTE

(timbro e firma leggibile)

ALLEGATO A