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)

**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