



Azienda Ospedaliera
di ALESSANDRIA
Santi Antonio e Biagio
e Cesare Arrigo

Via Venezia, 16 – 15121 ALESSANDRIA
Tel. 0131 206111 – www.ospedale.al.it
info@ospedale.al.it
asoalelessandria@pec.ospedale.al.it (solo certificata)

C.F. – P.I. 01640560064

DESIGNAZIONE COMPONENTE CONFERENZA AZIENDALE DI PARTECIPAZIONE
(come da Regolamento per la costituzione della Conferenza Aziendale di Partecipazione)

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di legale rappresentante
dell'Associazione (specificare denominazione e tipologia) _____

Numero di iscrizione al registro del volontariato o equipollente (laddove prevista) _____

Codice Fiscale _____ chiede di partecipare alla Conferenza

Aziendale di Partecipazione dell'AO SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo.

A tal fine designa quale proprio rappresentante titolare il Sig. _____

e quale supplente _____ il Sig. _____

Allega alla presente domanda:

- ☐ Iscrizione nel registro regionale del volontariato o equipollente (laddove prevista);
- ☐ Statuto dell'Associazione;
- ☐ Carta dei servizi o relazione delle attività svolte dall'Associazione presso l'Azienda.
- ☐ Associazione convenzionata (validità convenzione data) ☐ La documentazione richiesta (iscrizione- statuto- Carta dei servizi) è già stata fornita all'Azienda Ospedaliera **ai fini della convenzione**

Alessandria, lì _____

Firma _____

*Allegare documento di identità in corso di validità del sottoscrittore

