

Spett.le Azienda Sanitaria Provinciale di
SIRACUSA
DIREZIONE GENERALE
Corso Gelone,17
96100 SIRACUSA

La scrivente Organizzazione/Associazione di tutela degli Utenti e degli operatori del Settore Sanitario e socio-sanitario chiedono di partecipare al Comitato Consultivo Aziendale.

A tale scopo indicano nel sig. _____

La persona che rappresenterà l'Associazione nell'ambito del distretto Sanitario/Socio-Sanitario ricadente nell'ambito del territorio dell'A.S.P. di Siracusa

Si dichiara altresì di avere un numero di iscritti pari a _____ in ambito distrettuale e/o provinciale rilevato alla data del _____;

di essere Organizzazione/Associazione no profit e/o Organismo di Volontariato ai sensi della legge 11 Agosto 1991, n.266 e della legge regionale 7 Giugno 1994, n.22, ovvero di tutela dei diritti degli Utenti del Settore Sanitario e socio-sanitario od Organizzazioni ed Associazioni rappresentative degli Operatori del Settore sanitario e socio-sanitario;

di svolgere quale finalità statutaria attività di volontariato e/o di tutela dei malati e degli utenti nel settore sanitario e/o socio-sanitario o di rappresentanza e tutela degli operatori del settore sanitario e socio-sanitario;

Si allega copia dello Statuto e/o dell'atto costitutivo unitamente ad una relazione delle principali attività svolte.