

CONSULTA PROVINCIALE PER LA SALUTE

art. 5, comma 2,
della legge provinciale 23 luglio 2010, n. 16 "Tutela della salute in provincia di Trento"

SCHEDA ASSOCIAZIONE

1. NOME E NATURA GIURIDICA DELL'**ASSOCIAZIONE**

2. **CODICE FISCALE/PARTITA IVA**

3. **ANNO DI COSTITUZIONE**

4. ISCRIZIONE ALL'**ALBO PROVINCIALE** SI' NO

(se sì) in qualità di

- ORGANIZZAZIONE DI VOLONTARIATO
- ASSOCIAZIONE DI PROMOZIONE SOCIALE

5. **LEGALE RAPPRESENTANTE DELL'ASSOCIAZIONE:**

NOME E COGNOME :

RECAPITI TELEFONICI :

E-MAIL:

6. **SEDI DELL'ASSOCIAZIONE:**

INDIRIZZO SEDE LEGALE:

INDIRIZZO SEDE OPERATIVA:

RECAPITI TELEFONICI:

E-MAIL:

SITO INTERNET:

7. **RAPPRESENTANTE DELL'ASSOCIAZIONE NELLA CONSULTA PROVINCIALE PER LA SALUTE** (se diverso dal legale rappresentante e dallo stesso delegato)

NOME E COGNOME:

RECAPITI TELEFONICI:

E-MAIL:

8. DESCRIZIONE DELLA **MISSION** E DELLE **ATTIVITA'** PREVALENTI
DELL'ASSOCIAZIONE (max. 10 righe)

Da compilare e inviare all'indirizzo di posta elettronica:

serv.politsanitarie@provincia.tn.it

o al fax

0461/494109

Per informazioni ed assistenza contattare il n. tel. 0461/494169 (Monica Pisetta)