

SCHEDA DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

per l'adesione alla

Rete della trasparenza del Sistema sanitario Regionale della Campania

A - DATI ANAGRAFICI

A1 - Denominazione _____

A2 - Forma giuridica _____

A3 - Sede legale in (comune) _____ (prov.) _____

Via _____ n. _____ tel. / fax _____ / _____

E-Mail _____

A3bis – Sede operativa se diversa da quella legale:

(comune) _____ (prov.) _____ Via _____ n. _____ tel. / E-Mail _____

A4 – Iscritto presso il registro regionale delle organizzazioni di volontariato, di cui all'art.4 della legge regionale n. 9/1993 in data ____/____/____

A5 – Legale rappresentante (cognome e nome) _____

A6 – Referente Iniziativa (cognome e nome) _____

A7 - Anni di esperienza dell'associazione/organizzazione

A8 – Progetti e attività più rilevanti attivati dall'associazione/organizzazione:

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Ai sensi della normativa vigente, si precisa che il trattamento dei dati personali sarà improntato a liceità e correttezza nella piena tutela dei diritti dei concorrenti e della loro riservatezza.

La compilazione della presente scheda di manifestazione non ha nessun valore ufficiale ma solo di orientamento e di interesse.

Appongo la sottoscrizione, consapevole delle responsabilità penali, amministrative e civili verso dichiarazioni false o incomplete¹.

....., li

TIMBRO

.....

IL LEGALE RAPPRESENTANTE.....

NOTE:

¹ Ai sensi dell'art. 38, comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, per la validità della presente istanza deve essere allegata copia fotostatica del documento di identità del sottoscrittore. Resta ferma la facoltà, ai sensi dell'art.71 del D.P.R. n. 445/2000, di verificare la veridicità e l'autenticità delle dichiarazioni prodotte.