

Allegato al Regolamento aziendale per la concessione del patrocinio e utilizzo del logo aziendale

Modulo richiesta Utilizzo logo ASL n.5 Oristano

Alla c.a. della Direzione Generale
ASL n.5 di Oristano, Via Carducci n.35, Oristano
protocollo@pec.asloristano.it

DATI DEL RICHIEDENTE

Nome e Cognome	
Società/Ente/Azienda	
tel	
mail	
indirizzo	
in qualità di:	<input type="checkbox"/> Responsabile scientifico <input type="checkbox"/> Responsabile organizzativo <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____

DATI DELL'INIZIATIVA / EVENTO / PROGETTO

Titolo	
Data /durata	
Luogo/sede	
Tipologia di iniziativa	<input type="checkbox"/> corso di formazione, convegno, congresso, workshop <input type="checkbox"/> prodotto editoriale <input type="checkbox"/> iniziative educativa/progetto informativo <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____
Promotori/sponsor Patrocini richiesti o ottenuti da altri enti	
Iniziativa	<input type="checkbox"/> gratuita <input type="checkbox"/> a pagamento

RICHIESTA

Chiede	<input type="checkbox"/> il Patrocinio della ASL n.5 di Oristano <input type="checkbox"/> l'autorizzazione all'utilizzo del logo di ASL n.5 di Oristano
--------	--

ALLEGARE IL PROGRAMMA. *Nota bene: senza programma allegato la domanda non verrà presa in considerazione*

Data _____ Firma _____

PARERE DELLA DIREZIONE GENERALE

Data _____	<input type="checkbox"/> favorevole <input type="checkbox"/> negativo
------------	--