

Richiesta adesione al Protocollo d'intesa di cui all'allegato 4/1B della delibera di Giunta Regione Toscana n. 177 del 26/02/2018

il/la sottoscritto/a

Cognome

Nome

Nato/a a

il

Residente

Codice Fiscale

Telefono

In qualità di Rappresentante legale dell'Associazione

Codice Fiscale

Iscritta al Registro

con decreto n.

Con sede legale in

Via

Telefono

Mail

Pec

1) Sede operativa in

Via

telefono

Mail

presa visione dello schema di Protocollo d'intesa di cui all'allegato 4 della delibera di GRT n. 177/2018 in cui sono espressamente indicati:

- a) la normativa di riferimento (ivi compresi i casi di esclusione) e i requisiti che le associazioni devono possedere per poter sottoscrivere il Protocollo d'intesa;
- b) i rispettivi ambiti di collaborazione e impegni;

consapevole che la sottoscrizione del Protocollo d'intesa, espressa dal sottoscritto, in qualità di responsabile legale dell'associazione costituisce **formale accettazione** dell'accordo per l'esercizio di un confronto permanente sulle tematiche della qualità dei servizi e della partecipazione degli utenti

chiede l'adesione al Protocollo d'intesa

Data

Firma del Rappresentante legale dell'Associazione (*)

(*) si allega documento d'identità del rappresentante legale e lo statuto dell'associazione

chiede inoltre

l'Ammissione al Comitato di Partecipazione aziendale

ne accetta il regolamento di funzionamento e individua i propri rappresentanti nell'ambito dello stesso comitato (con riferimenti telefonici e mail):

Rappresentante titolare

Rappresentante supplente

Data

Firma del Rappresentante legale dell'Associazione

Il sottoscritto autorizza l'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer ai sensi e per effetti dell'art. 23 del D. Lgs. 196/03 al trattamento dei dati personali esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presenta istanza viene formulata.

Data

Firma _____