

**AL DIRETTORE GENERALE ASL VCO  
DR. ANGELO PENNA  
VIA MAZZINI 117  
28887 OMEGNA**

**RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO  
DELL' ASSOCIAZIONE DI VOLONTARIATO/ORGANISMO DI TUTELA/  
IMPRENDITORIALITA' SOCIALE**

Denominazione: \_\_\_\_\_

Sigla: \_\_\_\_\_

Legale Rappresentante \_\_\_\_\_

Codice Fiscale o Partita IVA: \_\_\_\_\_

Scopi e fini dell'Associazione/Organismo di Tutela/ Imprenditorialita' Sociale (in sintesi):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Destinatari dell'intervento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sede legale: \_\_\_\_\_

Sede/i operativa/e: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

Recapito e-mail \_\_\_\_\_

Data di costituzione: \_\_\_\_\_

Atto costitutivo (da allegare in copia)

Statuto vigente ed iniziale, se diversi (da allegare entrambi in copia)

Iscrizione nel Registro regionale del volontariato

 SI NO

Se NO, indicare se l'iscrizione è stata richiesta, se è in corso o se non è stata richiesta in quanto non necessaria.

Se SI, indicare n° e data della Delibera regionale: \_\_\_\_\_

Organi statutari:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Numero di soci aventi diritto al voto: \_\_\_\_\_

N° di volontari operanti, ad oggi: \_\_\_\_\_

Strutture e mezzi: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Precedenti esperienze e convenzioni in atto:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Note: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

TIMBRO

In fede  
**Il Presidente // Il Legale Rappresentante**

\_\_\_\_\_