

SCHEDA DI RILEVAZIONE DATI E ATTIVITÀ ASSOCIAZIONE Progetto CDS

A. DATI DELL'ASSOCIAZIONE

Denominazione dell'Organizzazione

Sede _____

(Indicare l'indirizzo completo, compreso il C.A.P.)

Telefono _____ Fax _____

Sito Internet _____

E-Mail _____

Forma giuridica

- Associazione riconosciuta
- Associazione non riconosciuta

- Iscritta all'albo regionale dal _____
- Non iscritta all'albo regionale

- Riconosciuta come ONLUS
- Non riconosciuta come ONLUS

Referente per il servizio C D S e suo recapito per contatti

Nome _____

Telefono fisso _____ Cellulare _____

Email _____

Breve descrizione dell'attività prevalente

B. ADESIONE AL SERVIZIO CENTRO DOCUMENTAZIONE SALUTE

L'Associazione è interessata ad essere inserita e a realizzare attività nel seguente settore:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cardiologia e Malattie Vascolari | <input type="checkbox"/> Scienze dell'Alimentazione |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia | <input type="checkbox"/> Oculistica |
| <input type="checkbox"/> Dermatologia | <input type="checkbox"/> Odontoiatria |
| <input type="checkbox"/> Ematologia | <input type="checkbox"/> Oncologia, Radioterapia e Cure Palliative |
| <input type="checkbox"/> Endocrinologia e Diabetologia | <input type="checkbox"/> Ortopedia |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologia | <input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria |
| <input type="checkbox"/> Geriatria | <input type="checkbox"/> Pediatria |
| <input type="checkbox"/> Ginecologia | <input type="checkbox"/> Malattie dell'Apparato Respiratorio |
| <input type="checkbox"/> Malattie Infettive | <input type="checkbox"/> Psichiatria e Disturbi del Comportamento Alimentare |
| <input type="checkbox"/> Medicina del Lavoro | <input type="checkbox"/> Radiologia |
| <input type="checkbox"/> Medicina non Convenzionale | <input type="checkbox"/> Riabilitazione |
| <input type="checkbox"/> Malattie dell'Apparato Urinario | <input type="checkbox"/> Reumatologia e Immunologia |
| <input type="checkbox"/> Neurologia e Neuropsichiatria Infantile | |

Risorse hardware e software **Si** **No**

Firma

TUTELA DELLA PRIVACY

L'associazione e' informata ai sensi dell'art. 10 della legge 675 che i dati personali raccolti nella presente scheda saranno utilizzati dal Cesvol anche con l'ausilio di mezzi elettronici per finalità istituzionali e per la realizzazione dei suoi progetti istituzionali. La firma posta in calce costituisce autorizzazione a tale uso.

Firma

Da restituire a:

CESVOL, Via S. Penna 104/106 Sant'Andrea delle Fratte 106074 - PERUGIA

Fax: 075 52 87 998

Oppure a: e.costantini@saluteinforma.org