

RICHIESTA DI SPONSORIZZAZIONE

Allegato 1 al Regolamento per la disciplina e la gestione delle sponsorizzazioni di cui alla deliberazione n. 114 del 14.04.2022

ID _____ del _____

- Alla S.C. Affari Generali e Controlli Interni
- Alla S.S. Formazione Sviluppo delle competenze e Qualità
- Alla S.S. Relazioni con il pubblico - Comunicazione e Ufficio Stampa

RICHIESTA DI INDIZIONE AVVISO SPONSORIZZAZIONE

Il sottoscritto _____

Direttore della Struttura _____

PROPONE l'indizione di avviso per la ricerca di sponsorizzazione a sostegno del progetto/evento

TITOLO _____

BREVE DESCRIZIONE _____

DURATA: _____

IL CORRISPETTIVO DELLA SPONSORIZZAZIONE È RAPPRESENTATO DA SOMME IN DENARO O FORNITURA DI BENE/SERVIZIO (*soltanto nel caso in cui, per il funzionamento/manutenzione/uso dello stesso, non sia previsto l'acquisto di materiale di consumo o assistenza per cui non esista mercato concorrenziale e previa valutazione della convenienza/opportunità da parte del Comitato di Garanzia di cui all'art.7 del Regolamento aziendale per la disciplina e la gestione delle sponsorizzazioni*)

EVENTUALI ALTRI OBBLIGHI DELLO SPONSOR

OBBLIGHI DELL'AZIENDA

l'ASL CN 1 si impegna ad associare il nome ed un segno distintivo (logo) dello/degli sponsor alla pubblicizzazione del progetto su _____

per la durata di _____

(indicare eventuali altri obblighi) _____

EVENTUALI COSTI A CARICO DELL'ASL CN1

- Installazioni _____
- Manutenzioni _____
- Altro (specificare: _____) _____

RESPONSABILE DI PROGETTO _____

FIRMA del PROPONENTE

COMITATO DI GARANZIA	PARERE FAVOREVOLE	PARERE NON FAVOREVOLE
I Direttori Sanitari di Presidio, per sponsorizzazioni relative ad ambiti ospedalieri		
Il Direttore del Dipartimento Territoriale, per sponsorizzazioni relative ad ambiti territoriali		
Il Responsabile SS Acquisti		
Il Direttore SC Servizio Tecnico		
Il Direttore SC Bilancio e Contabilità		
Il Responsabile SS Servizio Ispettivo - Segreteria Organi e Uffici Collegiali		
ALTRI		

IL DIRETTORE GENERALE, visto il parere favorevole di

Direttore Amministrativo – Firma _____

Autorizza Non autorizza - FIRMA DIRETTORE GENERALE _____

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Il presente modulo puo' essere utilizzato per richiedere l'indizione di avviso per la ricerca di sponsorizzazione a sostegno di un progetto/evento e deve essere autorizzato dal Direttore Generale previo parere favorevole del Direttore Amministrativo

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

Sponsor puo' essere compilato per iniziativa spontanea dai Direttori di Struttura dell'ASL CN1.

COME FAR AVERE IL MODULO ALL'ASL CN1

Deve essere inviato, a seconda della tipologia di progetto/evento, alla:

- SC Affari Generali e Controlli Interni
- SS Formazione Sviluppo delle competenze e Qualità
- SS Relazioni con il pubblico - Comunicazione e Ufficio Stampa

RIFERIMENTI:

- SS Formazione Sviluppo delle competenze e Qualità – Tel. 0171/450292
per le sponsorizzazioni volte a finanziare attività formative o similari (corsi, convegni, manuali, vademecum, ecc) ed organizzazione di convegni;
- SS Relazioni con il pubblico - Comunicazione e Ufficio Stampa - Tel. 0171/450281
per la gestione di spazi pubblicitari
- SC Affari Generali e Controlli Interni: Settore Progetti – Tel. 0172/719009
per gli altri progetti