

ASSOCIAZIONE DI TUTELA DEI PAZIENTI

DATI INFORMATIVI

(* Campo obbligatorio)

1. DENOMINAZIONE *

2. DATA COSTITUZIONE *

4. NUMERO ISCRIZIONE REGISTRO UNICO
NAZIONALE DEL TERZO SETTORE (RUNTS)¹ *

6. SITO WEB *

8. INDIRIZZO E-MAIL *

10. SEDE REGIONALE (indirizzo completo) *

3. SEDE DI REGISTRAZIONE
(indirizzo completo) *

5. CODICE FISCALE *

7. TELEFONO *

9. PAGINE SOCIAL

11. RESPONSABILE REGIONALE*

12. TIPOLOGIA ORGANIZZAZIONE *

Contrassegna solo una risposta.

- ASSOCIAZIONE DI VOLONTARIATO
- ASSOCIAZIONE DI PROMOZIONE SOCIALE
- FONDAZIONE
- FEDERAZIONE DI ASSOCIAZIONI
- ASSOCIAZIONI DI CONSUMATORI

Altro, specificare _____

13. REGISTRAZIONE ALBI *

Contrassegna solo una risposta

- REGISTRO VOLONTARIATO
- REGISTRO ASSOCIAZIONI PROMOZIONE SOCIALE
- REGISTRO CONSUMATORI

Altro, specificare _____

14. AMBITO DI OPERATIVITA' NELLA REGIONE *

Contrassegna solo una risposta.

- AZIENDALE
Specificare _____
- INTERAZIENDALE
Specificare _____
- REGIONALE

15. ATTIVITÀ *

Seleziona tutte le voci applicabili.

- ASCOLTO, INFORMAZIONE E TUTELA
- SERVIZI E ASSISTENZA ALLE PERSONE
- ADVOCACY E RAPPRESENTANZA
- CAMPAGNE E PREVENZIONE
- EDUCAZIONE SANITARIA ED EMPOWERMENT
- RACCOLTA DATI E MONITORAGGIO
- AUTO, MUTUO AIUTO
- RACCOLTA FONDI PER RICERCA

Altro, specificare _____

¹ Nelle more dell'attivazione del Registro unico nazionale del terzo settore (RUNTS), specificare il numero e il registro di iscrizione previsto dalle vigenti normative di settore

16. NUMERO DI ISCRITTI *

18. ORGANI DIRETTIVI *

Specificare

20. RENDICONTAZIONE

Seleziona tutte le voci applicabili.

- BILANCIO SOCIALE
- BILANCIO ECONOMICO
- RENDICONTAZIONE DELLE ATTIVITA'

22. PUBBLICAZIONE FINANZIAMENTI *

ELENCO SOSTENITORI PUBBLICATO

SI NO

SE SI, specificare canale di pubblicazione

BILANCIO PUBBLICATO

SI NO

SE SI, specificare canale di pubblicazione

17. COMPOSIZIONE PERCENTUALE *

% PAZIENTI _____

% FAMILIARI _____

% VOLONTARI _____

% CITTADINI _____

% OPERATORI SANITARI _____

Altro, specificare _____

19. MODALITÀ DI NOMINA DEGLI ORGANISMI RESPONSABILI *

Contrassegna solo una risposta.

- ALLA ELEZIONE DEI RESPONSABILI
PARTECIPANO TUTTI GLI ASSOCIATI
- ALLA ELEZIONE DEI RESPONSABILI
PARTECIPA SOLO UN NUMERO RISTRETTO
DI DELEGATI DAGLI ASSOCIATI

Altro, specificare _____

21. FONTI DI FINANZIAMENTO*

Seleziona tutte le voci applicabili.

- FINANZIAMENTI PUBBLICI
- FINANZIAMENTI PRIVATI
- QUOTE ASSOCIATIVE
- FINANZIAMENTO EUROPEI

23. STRUMENTI DI COMUNICAZIONE UTILIZZATI

Seleziona tutte le voci applicabili.

- SITO INTERNET
- PAGINE SOCIAL
- GIORNALE/PERIODICO DELL'ASSOCIAZIONE
- NEWSLETTER
- MAIL

Altro, specificare _____

**24. SCELTA DEL GRUPPO PARTECIPAZIONE
ATTIVA ***

Contrassegna solo una risposta.

- MALATTIE AUTOIMMUNI E
REUMATOLOGICHE
- MALATTIE RARE
- DIABETE E MALATTIE METABOLICHE ED
ENDOCRINOLOGICHE
- MALATTIE CARDIOCIRCOLATORIE
- MALATTIE RESPIRATORIE
- MALATTIE ONCOLOGICHE ED ONCO-
EMATOLOGICHE
- MALATTIE NEUROLOGICHE E
NEURODEGENERATIVE
- MALATTIE RENALI CRONICHE
- MALATTIE CRONICHE TRASMISSIBILI
- MALATTIE PSICHIATRICHE,
NEUROPSICHIATRICHE INFANTILI E
DIPENDENZE PATOLOGICHE

**25. PERSONA DI RIFERIMENTO PER IL GRUPPO
PARTECIPAZIONE ATTIVA ***

NOME E COGNOME

RECAPITO TELEFONICO

E-MAIL
