*Modulo per ogni Assemblea Territoriale*

*da inviare al gestore sito web*

Cittadinanzattiva Sicilia APS:

**A.T.- Assemblea Territoriale di** ………………………..

**ASP**… **Distretto** …. (e indicare il numero dei Comuni dello stesso Distretto sanitario)

**Coordinatrice/tore**: ………………………….. *(riportare nome cognome, e\_mail, …)*

*Indicare appresso quanto si ritiene utile:*

**Reti e Aree di Attività**: …….. *(riportare le varie denominazioni)*

*……….*

*………*

**INFORMAZIONI varie:**

*ad esempio:*

* **TDM**-Tribunale per i Diritti del Malato (Associazione di supporto ai pazienti):

Centro Ascolto: *sede*: via Santa Maria la Grande n.3-5, p.1 Catania (presso l’Asp) – **tel. 095 254 0828**

*orari di apertura*: **Martedì dalle h16,00 alle h18,00**

 **Mercoledì e Giovedì dalle h10,00 alle h12,00**

Servizio offerto: … *(breve descrizione)*

*(a seguire si riportano altre eventuali informazioni riguardo ad esempio le attività delle reti ….)*

* ……
* ……
* …..