

Alla c.a. Dirigente Referente della Prevenzione
Dipartimento Dipendenze Patologiche AST Macerata
Dott.ssa Silvia Agnani

E-mail: *ddp.ast.mc@sanita.marche.it*

MODULO RICHIESTA INTERVENTO di PREVENZIONE DDP AST Macerata

Il proponente (Ente, Associazione, Istituto o altro):

con sede in (indirizzo):

nella persona di (nome e cognome):

con il ruolo di:

telefono:

e-mail:

CHIEDE

Il coinvolgimento del DDP per la seguente tipologia di intervento:

- Progetto di prevenzione (DDP come promotore, partner o ente patrocinante)
- Intervento scolastico di uno o più professionisti (assemblee, gruppo classe o altro)
- Convegno / congresso / conferenza / seminario
- Intervento spazio salute Stammibene (stand itinerante di promozione alla salute)
- Corso di formazione / iniziative di studio, di ricerca e di documentazione
- Evento / manifestazione
- Altro (specificare il tipo di iniziativa) _____

A tal fine si richiede (barrare con una crocetta):

- utilizzo risorse umane professionalmente qualificate (specificare _____)
- ulteriori altre risorse (_____)

