



**A tutti i Centri  
Associati ASPAT  
Entrambe le Macroaree  
LORO SEDI**

### **FASE 3 – SOLIDARIETA' IN RETE**

Prot. 205/AP  
Napoli, 27 Luglio 2020

**Oggetto: PROROGA AL 5 AGOSTO 2020 della consegna GRATUITA dei DPI  
(Dispositivi di Protezione Individuale) agli Associati ASPAT.**

*Gentili Associati,*

**l'iniziativa congiunta ASPAT – Cittadinanzattiva**, avviata a metà del corrente mese, ha visto oltre sessanta strutture beneficiare dell'**OMAGGIO concernente allo stato di circa 120.000 mascherine di tipologia FFP2** utilizzabili per poter garantire nella cd. fase 3 protezione adeguata ai nostri operatori e quindi ai cittadini.



Una attività associativa in rete concreta, solidale e molto apprezzata dagli imprenditori al punto che

#### **LE CONSEGNE DEI DPI / FFP2**

sono prorogate per sette giorni operativi, fino ad esaurimento scorte da



**MARTEDI' 28 LUGLIO a MERCOLEDI' 5 AGOSTO**



**Aspat Campania**  
**Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale**

Centro Direzionale Isola E/3 – Torre Avalon  
80143 **NAPOLI**  
Unità IVA e COORDINAMENTO 02704721219  
Telefono 081 7345053 Fax 081 7345679  
E-mail [aspatinforma@gmail.com](mailto:aspatinforma@gmail.com)  
Web [www.aspatcampania.it](http://www.aspatcampania.it)





### MODALITA'

- ❖ **La consegna avviene presso la vecchia sede ASPAT** del Centro Direzionale – Napoli in Torre Avalon E/3 – quinto piano.
- ❖ **L'orario di distribuzione – ore 14/17** – (solo pomeridiano).
- ❖ **La richiesta di info e contatti** al n. telefonico 081/19371158 od [aspatinforma@gmail.com](mailto:aspatinforma@gmail.com) .
- ❖ **Utilizzo obbligatorio dell'allegato MODELLO** per il ritiro delle confezioni.

Mille cordialità

Il Presidente  
Dr. Pier Paolo Polizzi

Allegato:  
- Modulo per il ritiro



(Allegato a Nota ASPAT prot. 205/AP del 27/7/2020)

**MODELLO PER IL RITIRO CONFEZIONI  
DPI / MASCHERINE CHIRURGICHE  
donate all'Associazione da  
Cittadinanzattiva / Tribunale dei diritti del Malato  
REGIONE CAMPANIA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

n.q. di rappresentante legale della Struttura Associata

\_\_\_\_\_  
(denominazione Centro)



(Timbro societario)

**DICHIARA**

**di ricevere, a titolo gratuito, n° \_\_\_\_\_ confezioni di DPI / mascherine  
chirurgiche per l'utilizzo esclusivo presso la propria struttura ed**

**ALLEGA**

fotocopia del documento di riconoscimento.

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

**\* IL RITIRO DEL SUDDETTO MATERIALE E' CONDIZIONATO ESCLUSIVAMENTE  
DIETRO PRESENTAZIONE DEL PRESENTE MODELLO \***