# All.2



***SCHEDA DI RILEVAZIONE***

**PER IL**

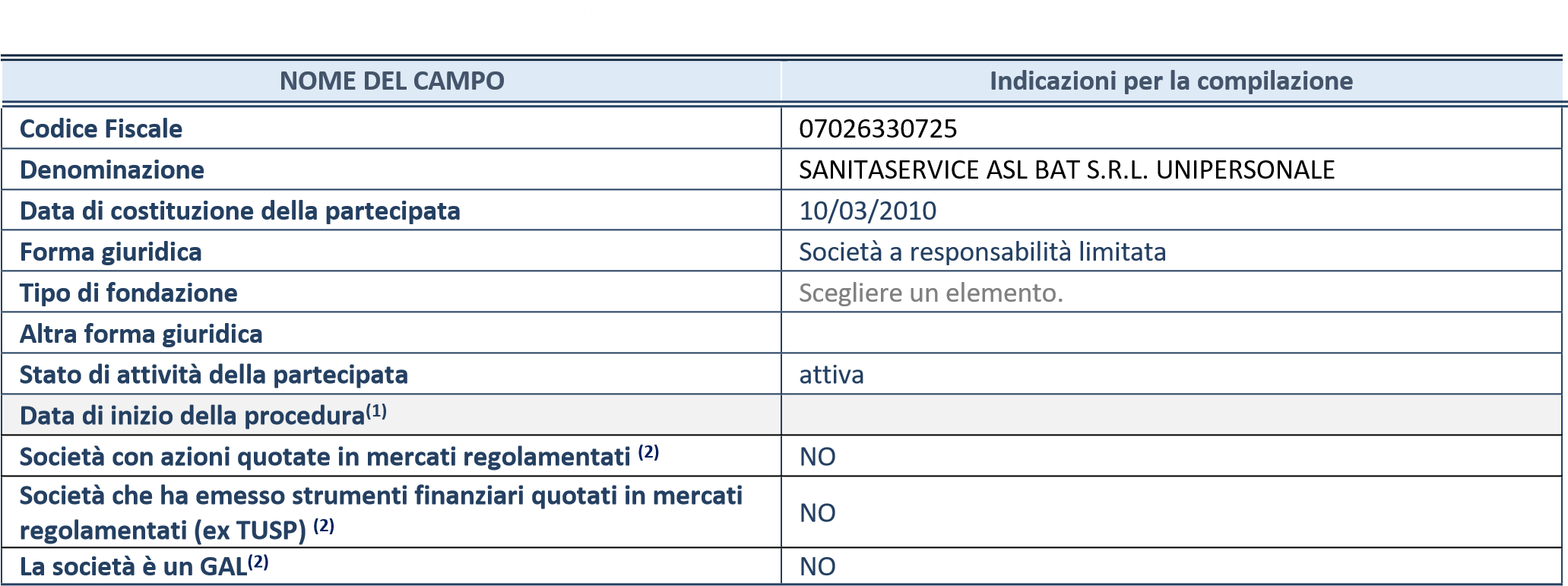
# CENSIMENTO DEI RAPPRESENTANTI DELLE

**AMMINISTRAZIONI PRESSO ORGANI DI GOVERNO, SOCIETA’ ED ENTI**

**(art. 17, commi 3 e 4, D.L. n. 90/2014)**

**Dati Anno 2020**

**SANITASERVICE ASL BAT S.R.L. UNIPERSONALE**



**SEDE LEGALE DELLA PARTECIPATA**

**NOME D**

**EL CAMPO**

**Indicazioni per la**

**compilazione**

**Stato**

Italia

**Provincia**

BARLETTA

-

ANDRIA

-

TRANI

**Comune**

Andria (BT)

**CAP**

**\***

76123

**Indirizzo**

**\***

VIA FORNACI, 201

**Telefono**

**\***

**FAX**

**\***

**Email**

**\***

segreteria@pec.sanitaserviceaslbat.it

**SETTORE DI ATTIVITÀ DELLA PARTECIPATA**

**NOME DEL CAMPO**

**Indicazioni per la compilazione**

**Attività 1**

Altre attività di assistenza sociale non residenziale nca

Codice

(

Ateco Q.88.99)

**Attività 2**

Altre attività paramediche indipendenti nca

Codice Ateco

(

Q.86.90.29)

**Attività 3**

**Attività 4**

**RAPPRESENTANTE DELL’AMMINISTRAZIONE IN ORGANI DI GOVERNO DI SOCIETA’/ENTE**

