CARTA INTESTATA ORDINE

**TITOLO CORSO**

Luogo e data svolgimento corso

**DICHIARAZIONE ASSENZA FINANZIAMENTI**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di legale rappresentante dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARA

ai fini dell’organizzazione e gestione del Corso di formazione **TITOLO CORSO**

che si svolgerà a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il (data svolgimento corso) l'Omceo non usufruisce di finanziamenti provenienti da terzi.

IL PRESIDENTE

Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA

DATA in cui viene rilasciata la dichiarazione