# ALLEGATO “A”

**MODELLO DI RICHIESTA DI PATROCINIO**

(La richiesta, redatta su carta intestata del soggetto richiedente, dovrà essere presentata almeno 60 giorni prima dell’avvio dell’iniziativa)

Spett.le Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

PEC: segreteria@pec.fnomceo.it

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di Legale Rappresentante del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (specificare l’esatta denominazione/ragione sociale dell’OMCeO, dell’Associazione, Ente, Società o altro),

* senza scopo di lucro

**ovvero**

* con scopo di lucro

con sede legale in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefono n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono cellulare n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, pec/e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, codice fiscale e/o partita IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, per la quale assume piena responsabilità

**CHIEDE LA CONCESSIONE DEL PATROCINIO**

per l’attività e/o iniziativa come di seguito specificato:

Titolo dell’evento ……………………………………………………………………………, che si svolgerà a ………………………………………… in data ………………………………………… dalle ore ………………………………………… alle ore …………………………………………

Argomenti Trattati:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Finalità e obiettivi dell’iniziativa:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Organizzazione a livello:

regionale interregionale nazionale

altro ………………………………

Soggetti a cui l’evento è rivolto:

Professioni sanitarie (specificare) ………………….

Società civile

Associazioni a tutela dei malati

Associazione dei pazienti/familiari di malati

Altro (specificare)…………………………………………………………………………………

Numero partecipanti previsto:

(10-30) (30-60) (60-100) (superiore a 120) (specificare)…….…

Sede

Struttura pubblica Struttura privata

Altra (specificare)………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Tipo di attività

Lezioni / Relazioni Esercitazioni pratiche

Esperienze guidate Prestazioni Sanitarie

Altro …………………………………………………………………………………

Organi promotori

Ordine Provinciale Sindacato medico Ente pubblico

Università Ospedale Società scientifica

Altro (specificare) ……………………………………………………………………

Aspetti economici:

Prevede un contributo economico da parte dei partecipanti SI NO

(in caso affermativo, specificare l’entità) …………………….

Prevede ulteriori finanziamenti SI NO

(in caso affermativo, specificare se Enti pubblici e/o istituzioni non a scopo di lucro o altra tipologia di personalità giuridica, specificare l’entità del contributo)

………………………………………….. ………………………

…………………………………………. ………………………

…………………………………………. ………………………

Ruolo di eventuali sponsorizzazioni da personalità giuridiche private

- Settore: farmaceutica altro (specificare)…………………………………….

- Extrasettore (specificare) …………………………………………………….

- Retribuisce i docenti: SI NO

- Fornisce materiale scientifico: SI NO

Libri depliants pubblicazioni altro …....……..

SEGRETERIA SCIENTIFICA

(da compilare qualora non esplicitato nel programma)

Sede:………………………………………………………………………………………………..

Nomi Qualifiche

………………………………….. ……………………………………….

………………………………….. ………………………………………..

…………………………………. ………………………………………..

COMPOSIZIONE GRUPPO DOCENTE

(da compilare qualora non esplicitato nel programma)

Nominativi Qualifiche

…………………………. ……………………………………………………..

…………………………. ……………………………………………………..

…………………………. …………………………………………………….

…………………………. …………………………………………………….

…………………………. ………………………………………....................

Allegati:

* Relazione dettagliata sull’iniziativa da patrocinare.
* Programma dell’iniziativa;
* Copia dello statuto e/o atto costitutivo (nel caso il richiedente fosse un’Associazione e/o un’Impresa);
* Copia fotostatica di un documento d’identità del sottoscrittore in corso di validità;
* Copia fotostatica del certificato di attribuzione del codice fiscale e/o partita IVA del soggetto proponente (nel caso il richiedente fosse un’Associazione e/o un’Impresa);
* Certificato di iscrizione CCIAA (nel caso di Impresa).
* Riferimento del responsabile del progetto con recapito telefonico e indirizzo e-mail.

DICHIARA

sotto la propria responsabilità

di essere a conoscenza dei criteri e delle modalità di concessione del patrocinio e dei conseguenti obblighi e responsabilità, di cui al Regolamento approvato con deliberazione del Consiglio Nazionale n. XX del 16.11.2018.

Luogo e data

Il Legale Rappresentante