

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 deplianti 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