

MODELLO RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE CONTRIBUTO PER: (Barrare l'opzione di interesse)

- a) L'ORGANIZZAZIONE DI EVENTI FORMATIVI PER LA PROFESSIONE MEDICA E ODONTOIATRICA;**
b) L'ORGANIZZAZIONE DEL CORSO TEORICO-PRATICO ECM SULL'EMERGENZA-URGENZA.

(su carta intestata del soggetto beneficiario da presentare entro 60 giorni dalla conclusione dell'iniziativa)

Spett.le Federazione Nazionale
degli Ordini dei Medici Chirurghi e
degli Odontoiatri
PEC: segreteria@pec.fnomceo.it

Oggetto: richiesta liquidazione contributo di € _____
approvato con deliberazione del Comitato Centrale n° __ del ___/___/_____ per
l'avvenuta _____ realizzazione _____ dell'evento
_____.

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ a _____ il _____
_____ codice fiscale _____
in qualità di Legale Rappresentante dell'OMCeO
_____, con sede legale in
via _____, telefono n° _____
_____ e-mail _____, PEC
_____, codice fiscale e/o partita IVA
_____, per il quale assume piena

responsabilità, **chiede la liquidazione del contributo** assegnato dalla FNOMCeO per quanto in oggetto.

A tal fine allega alla presente:

- **relazione finale** dettagliata sull'attività svolta (su carta intestata del soggetto beneficiario, inclusiva di tutte le caratteristiche dell'evento: ad esempio durata, il n. dei partecipanti, se rivolta principalmente agli iscritti agli Albi, ecc.);
- **consuntivo finale delle entrate e delle spese** (ALLEGATO G) comprensivo di dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà resa dal legale rappresentante, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445, e con l'allegazione della **documentazione fiscale** (Fatture elettroniche, ricevute fiscali, ecc.);
- **Riferimento del referente amministrativo** dell'evento/progetto formativo:
_____ (dipendente Omceo), telefono _____
e indirizzo e-mail _____;
- **copia fotostatica di un documento** di riconoscimento del sottoscrittore in corso di validità.

Luogo e data

Il Legale Rappresentante