**REGOLAMENTO FNOMCeO PER L’ANNO 2014 A SOSTEGNO DI INIZIATIVE PER LA FORMAZIONE E L’AGGIORNAMENTO DI MEDICI E ODONTOIATRI DA INVIARE NEI PAESI IN VIA DI SVILUPPO**

**SCHEDA DI PRESENTAZIONE DEL PROGETTO**

DENOMINAZIONE DEL PROPONENTE

TITOLO DEL PROGETTO

DESCRIZIONE SINTETICA DEL PROGETTO

*(max 2.000 caratteri)*

DURATA DEL PROGETTO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **MESE E ANNO** | **NOTE** |
| ***Avvio del progetto*** |  |  |
| ***Conclusione del progetto*** |  |  |

CARATTERISTICHE DEL SOGGETTO RICHIEDENTE

**Descrizione del soggetto richiedente**

*(max 5.000 caratteri)*

**Breve descrizione dei partner, se previsti**

*(max 2.000 caratteri)*

**Descrizione delle competenze del proponente nel settore della Cooperazione sanitaria**

*(max 5.000 caratteri)*

PROGETTO

**Descrizione del progetto**

*(max 3.000 caratteri)*

**Obiettivi del progetto**

*(max 2.000 caratteri)*

**Profili sanitari ai quali il progetto si rivolge**

*(max 5.000 caratteri)*

*Descrivere i contenuti che avranno i curriculum dei sanitari selezionati per i progetti*

**Copertura finanziaria del progetto**

*(max 3.000 caratteri)*

*Descrivere le modalità e le fonti con le quali si intende garantire la copertura finanziaria del progetto per la parte eccedente il contributo.*

*Esempio:*

**TOTALE PROGETTO**  € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CONTRIBUTO RICHIESTO € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ALTRI FINANZIAMENTI € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MEZZI PROPRI € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TOTALE FONTI DI COPERTURA** € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**N.B. Allegare il budget/preventivo di spesa del progetto con voci dettagliate, evidenziando le voci che saranno coperte dal contributo FNOMCeO**

*Luogo e Data*

Timbro e firma del Legale Rappresentante