

**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 Ordini dei Medici Chirurghi e  
degli Odontoiatri di Trapani  
PEC: segreteria.tp@pec.omceo.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)

.....

.....

.....