

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)

.....

.....

.....

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 CD n. del

Luogo e data

Il Legale Rappresentante