

**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