



OMCeOMB

Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri
della Provincia di Monza e della Brianza

DOMANDA DI CONCESSIONE DI PATROCINIO PER EVENTI

TIPO EVENTO: A (EVENTO FORMATIVO SCIENTIFICO RIVOLTO A SANITARI)
 B (EVENTO ATTINENTE LA SFERA CULTURALE PROFESSIONALE E
SOCIALE RIVOLTO NON SOLO A SANITARI)

TITOLO DELL'EVENTO:

.....

ENTE ORGANIZZATORE:

.....

DATA E LUOGO DI SVOLGIMENTO:

DURATA ORARIA (NUMERO ORE):

NOMINATIVO E RECAPITI DEL RICHIEDENTE PATROCINIO:

.....

EVENTO ACCREDITATO ECM: SI

NO

TIPOLOGIA DELL'EVENTO ED ORGANIZZAZIONE

A) TEMATICHE

.....
.....
.....

B) FINALITA' ED OBIETTIVI CULTURALI E FORMATIVI

.....
.....
.....

C) DESTINATARI: MEDICI

ODONTOIATRI

ORGANIZZAZIONE E RELATORI

RESPONSABILI SCIENTIFICI

Cognome e nome

Qualifica

.....
.....
.....

.....
.....
.....

RELATORI

Cognome e nome

Qualifica

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Cognome e nome

Qualifica

.....
.....
.....

.....
.....
.....

Sede:.....

ASPETTI ECONOMICI

- A) Previsione di un contributo economico da parte dei partecipanti? SI NO
- B) Previsione di un finanziamento di uno o più sponsor? SI NO

In caso affermativo specificare gli sponsor:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CONFLITTO DI INTERESSI

Ai sensi e per l'effetto dell'art. 48 comma 25 DL 369/03 convertito in legge 326/03

Assenza di conflitto di interessi

Data di invio della domanda:.....

Firma del Richiedente:

NOTE

La domanda di concessione di patrocinio deve essere inviata almeno 60 giorni prima della data dell'evento; alla stessa DEVE essere allegato il programma in formato pdf