

RICHIESTA DI PATROCINIO E/O DEL LOGO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PIACENZA

Al Presidente dell'Ordine dei Medici e Odontoiatri della Provincia di Piacenza
Via San Marco, 27 - 29121 Piacenza

Il proponente (Ente, Associazione,)

nella persona di _____ con il ruolo di _____

RICHIEDE

- ☐ **concessione del patrocinio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Piacenza**
- ☐ **uso del logo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Piacenza**

Per

Data _____

Il proponente

Allegare il programma dell'evento completo comprensivo degli argomenti e dei Relatori.

- a) il titolo dell'evento e gli argomenti affrontati nelle singole lezioni;
- b) i nominativi e le qualifiche dei docenti;
- c) la sede, la data di svolgimento del corso, la sua durata oraria complessiva e quella delle singole lezioni;
- d) le finalità e gli obiettivi didattici dell'iniziativa;
- f) i soggetti cui l'evento è rivolto (medici, biologi, personale paramedico, infermieristico, ecc.);
- g) il numero dei partecipanti previsto;
- h) gli aspetti economici (eventuali contributi economici a carico dei partecipanti; eventuali finanziamenti da Enti pubblici o sponsor, eventuali finanziamenti per i docenti ecc..)
- i) gli Organi promotori (Enti pubblici o privati, persone fisiche, aziende o associazioni, case farmaceutiche, ecc..) e il ruolo di ciascuno di essi.

QUESTIONARIO DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI PATROCINIO E/O DEL LOGO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PIACENZA

Titolo evento e argomenti delle singole relazioni, nominativi e qualifica dei relatori:

Luogo, sede, data e durata dell'evento:

Comune: _____ Prov. _____

Sede: _____

Data _____ Durata: _____

Tipologia dell'evento:

Convegno/Seminario/Workshop

Altro tipo di attività (specificare)

Corso di formazione/aggiornamento

Prodotto editoriale

Altro (specificare)

A tal fine precisa:

Finalità e obiettivi dell'evento:

Professionisti cui l'evento è rivolto:

☐ Medici ☐ Biologi ☐ Personale paramedico ☐ Personale infermieristico

☐ Altri _____

Numero dei partecipanti previsto: _____

Eventuali promotori e sponsors, aspetti economici (contributi economici a carico dei partecipanti, finanziamenti da Enti pubblici o sponsors, finanziamenti per i docenti ecc.):

Agenzia organizzatrice:

Data _____