



AL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI
E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI FORLÌ-CESENA

Richiesta concessione patrocinio

Tipologia A: Eventi formativo-scientifici ☐

Tipologia B: Eventi culturali-professionali e sociali ☐

Titolo evento:

Sede **Data**

Finalità, motivazioni, obiettivi culturali e formativi:

Soggetto Organizzatore:

Livello Organizzazione: ☐ Provinciale ☐ Regionale ☐ Nazionale

Destinatari: ☐ medici ☐ biologi ☐ farmacisti ☐ infermieri ☐ odontoiatri ☐ altri

Numero partecipanti previsto: ☐ fino a 50 ☐ fino a 100 ☐ oltre 100

Articolazione in: ☐ mezza giornata ☐ un giorno ☐ più giorni

Tipo attività: ☐ lezioni ☐ tavola rotonda ☐ esperienze guidate

Presenza di sponsor non condizionanti: ☐ sì ☐ no
☐ settore farmaceutica ☐ altro

Attività dello/degli sponsor non condizionanti:

☐ finanzia l'evento per la percentuale %

☐ retribuisce i docenti/relatori (compenso e/o rimborso spese)

☐ fornisce materiale organizzativo (locandine, inviti, coffee break, ecc.)

☐ fornisce materiale scientifico (pubblicazioni, materiale didattico, ecc.)

Aspetti economici: Prevede un contributo economico da parte dei partecipanti ☐ sì ☐ no
(in caso affermativo specificare importo)

Logo dell'Ordine sul materiale divulgativo ☐ richiesto ☐ non richiesto

Patrocinio già richiesto a:

Patrocinio già concesso a:

Gruppo docenti

nominativo.....	qualifica
nominativo.....	qualifica
nominativo.....	qualifica
nominativo.....	qualifica
nominativo.....	qualifica
nominativo.....	qualifica
nominativo.....	qualifica
nominativo.....	qualifica
nominativo.....	qualifica

Sito internet dell'evento.....

Recapiti e nominativi cui fare riferimento per qualsiasi comunicazione/informazione

.....

ALLEGARE PROGRAMMA DELL'EVENTO