

## 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 Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Bergamo

PEC: [segreteria.bg@pec.omceo.it](mailto:segreteria.bg@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'Associazione/Ente Pubblico o Privato, Società o altro)

con sede legale in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) via/piazza \_\_\_\_\_

telefono n° \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

pec \_\_\_\_\_ codice fiscale/P. IVA \_\_\_\_\_

### CHIEDE LA CONCESSIONE DEL PATROCINIO

per l'attività e/o iniziativa come di seguito specificata:

Titolo \_\_\_\_\_

Sede:  struttura pubblica (specificare \_\_\_\_\_)

struttura privata (specificare \_\_\_\_\_)

Data \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

senza scopo di lucro

con scopo di lucro e  con utili esclusivamente devoluti in beneficenza

con utili esclusivamente a copertura dei costi sostenuti

giustificato dalla particolare rilevanza dell'evento

Argomenti trattati: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Finalità e obiettivi dell'iniziativa: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Livello dell'organizzazione:

regionale     interregionale     nazionale     altro \_\_\_\_\_

Rivolto a:

\_\_\_\_\_ professionisti sanitari (specificare: \_\_\_\_\_)

società civile

associazioni di tutela dei malati

associazioni di pazienti/familiari di malati

altro (specificare: \_\_\_\_\_)

Numero di partecipanti previsto:

10-30     31-60     61-100     >100

Tipo di evento:

lezioni/relazioni     esercitazioni pratiche

esperienze guidate     prestazioni sanitarie     altro (specificare \_\_\_\_\_)

Altri organi promotori o concedenti patrocinio:

ente pubblico (specificare \_\_\_\_\_)

università (specificare \_\_\_\_\_)

ospedale (specificare \_\_\_\_\_)

società scientifica (specificare \_\_\_\_\_)

altro (specificare \_\_\_\_\_)

Prevede un contributo da parte dei partecipanti:

sì (specificare l'entità \_\_\_\_\_)

no

Prevede finanziamenti:

no

sì (specificare l'erogatore e l'entità \_\_\_\_\_)

Sponsor privati:

nessuno

settore farmaceutico

settore non farmaceutico

Lo sponsor/finanziatore retribuisce i docenti:

sì

no

Lo sponsor/finanziatore fornisce materiale scientifico:

sì (specificare:

libri

dépliant

pubblicazioni scientifiche

altro (specificare \_\_\_\_\_)

no

Allegati:

programma dell'iniziativa recante indicazione esplicita della segreteria organizzativa e dei docenti/relatori eventualmente coinvolti

copia dello statuto e/o atto costitutivo dell'Associazione/Ente Pubblico o Privato, Società o altro proponente

copia fotostatica di un documento d'identità del sottoscrittore in corso di validità

copia fotostatica del certificato di attribuzione del codice fiscale/P. IVA del soggetto proponente

### **E DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'**

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 Consiglio Direttivo nella seduta del 17/11/2022.

Luogo e data

Il richiedente

---

---