

Spett.le Ordine dei Medici Chirurghi e degli  
Odontoiatri della provincia di Roma Via Giovanni  
Battista De Rossi, 9 00161 Roma (RM)

info@ordinemediciroma.it  
protocollo@pec.omceoroma.it

### RICHIESTA DI PATROCINIO

Il/la sottoscritto/a

\_\_\_\_\_ in qualità

di: \_\_\_\_\_ \* del

Corso di formazione/aggiornamento

Congresso

Seminario

Master

Premio/Concorso

altro \_\_\_\_\_ \*\*

dal titolo \_\_\_\_\_

organizzato da \_\_\_\_\_

segreteria organizzativa:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

che si svolgerà in data/nelle date

\_\_\_\_\_

presso

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### CHIEDE

che venga concesso il patrocinio dell'Ordine Provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e  
degli Odontoiatri \_\_\_\_\_ \*\*\*

\* responsabile scientifico, presidente, coordinatore, organizzatore eventi, ecc.

\*\* specificare la tipologia di manifestazione

che venga autorizzato l'utilizzo del logo dell'Ordine da apporre sul programma/locandina a tal fine comunica che l'evento:

prevede l'erogazione di crediti ECM (crediti assegnati \_\_\_\_\_)

non prevede l'erogazione di crediti

ECM è destinato alle seguenti figure

professionali \_\_\_\_\_

specializzazione/i \_\_\_\_\_

ha fini commerciali  no

sì \_\_\_\_\_ \*\*\*

è sponsorizzato da casa farmaceutica  no

sì \_\_\_\_\_ \*\*\*

ha ottenuto patrocinio da altri Enti /Associazioni  no

sì \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ \*\*\*

**L'Organizzazione si impegna a prevedere la presenza del Sig. Presidente dell'Omceo Roma o suo delegato all'Evento**

l'evento ha un costo di € \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

allega il programma  temporaneo

definitivo

allega i propri recapiti per ricevere eventuali comunicazioni

In fede

Data \_\_\_\_\_

firma

\_\_\_\_\_

\*\*\* indicare quali