



*All'attenzione del Resp. Patrocini dell'Ordine TSRM  
e delle Professioni Sanitarie Tecniche,  
della Riabilitazione e della Prevenzione  
di Modena e Reggio Emilia  
[patrocini@tsrmpstrpmore.it](mailto:patrocini@tsrmpstrpmore.it)*

*E p.c.: al Segretario dell'Ordine dei TSRM  
e delle Professioni Sanitarie Tecniche,  
della Riabilitazione e della Prevenzione  
di Modena e Reggio Emilia*

---

**Oggetto: Richiesta patrocinio Ordine dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione di Modena e Reggio Emilia (OTSRMPSTRPMRE)**

**Titolo dell'evento:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Organizzato a \_\_\_\_\_, presso \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

Io sottoscritto, \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_  
dell'ente \_\_\_\_\_  
con sede a \_\_\_\_\_  
(CAP \_\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Recapito telefonico \_\_\_\_\_  
Indirizzo email \_\_\_\_\_

**RICHIEDO**

- La concessione del Patrocinio dell'OTSRMPSTRPMRE.
- L'utilizzo del Logo dell'OTSRMPSTRPMRE

**Tipologia di evento:**  Convegno  Seminario Workshop  
 Corso di Formazione/Aggiornamento  Altro tipo di Attività (specificare)

---

**Carattere educativo:**  teorico  pratico  entrambi

## PROGRAMMA

### A) Tematiche dell'iniziativa:

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

### B) Finalità, motivazioni e obiettivi culturali e formativi:

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

**Organizzazione:**  Provinciale  Interprovinciale  Regionale  
 Nazionale  Interazionale

### Destinatari dell'iniziativa:

TSRM  Dietisti  Logopedisti  Igienisti Dentali  Fisioterapisti  
 Ortottisti  Podologi  TNPEE  Tecn. Riab. Psic.  Tecn. Ortop.  
 Audiometristi  Audioprotesisti  TNFP  TSLB  
 Educatori Professionali  TPALL  Ass.Sanitari  Terap. Occ.

**Numero partecipanti previsto:**  fino a 50       fino a 100       oltre i 100

**Articolazione in:**       Mezza giornata       Un giorno       Più giorni

**Durata oraria:** h: \_\_\_\_\_

**Organi promotori:**  Ordine     Ente Pubblico     Ente Privato     Università

Azienda Ospedaliera       Società Scientifica       Sindacato

Azienda Farmaceutica       Altro\_\_\_\_\_

**Accreditamento ECM richiesto:**       SI       NO

**Fornisce materiale:**    Organizzativo  SI  NO      Scientifico  SI  NO

**Aspetti Economici:**    ● Prevede un contributo economico da parte dei partecipanti:

SI, specificare l'importo €\_\_\_\_\_       NO

● E' finanziato da Ente Pubblico:

SI       NO       In parte

Se sì, quale\_\_\_\_\_

● E' finanziato da sponsor:

SI       NO       In parte

Se sì, quale\_\_\_\_\_

## COMPONENTI OPERATIVE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGRAMMA

Segreteria organizzativa

---

---

Sede: \_\_\_\_\_

Nome del referente: \_\_\_\_\_

Segreteria scientifica

Nomi	Qualifiche

### **Il Richiedente inoltre si impegna:**

*A trasmettere all' Ordine dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione di Modena e Reggio Emilia ([patrocini@tsrmpstrpmore.it](mailto:patrocini@tsrmpstrpmore.it), [modenareggioemilia@pec.tsrm.org](mailto:modenareggioemilia@pec.tsrm.org)) le bozze del materiale oggetto dell'evento/iniziativa allegandole alla richiesta di patrocinio e comunque, prima della stampa e/o della pubblicizzazione per la verifica del corretto utilizzo del marchio.*

*Il parere favorevole è vincolante per l'utilizzo.*

*Ogni eventuale modifica (per la parte della concessione e dell'uso del logo) dovrà essere rivalutata.*

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### **Documentazione da allegare:**

- *Atto costitutivo e statuto o altra documentazione relativa alla natura giuridica del soggetto richiedente (fatta eccezione per gli enti pubblici).*
- *Copia documento d'identità del firmatario.*
- *Programma dell'evento (comprensivo degli argomenti e dei relatori) o il fac-simile del prodotto editoriale o relazione illustrativa.*