



*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*

*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 TF Cardio e PC 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, 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.*