

**Al Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e
degli Odontoiatri della Provincia di GENOVA**

Il/la sottoscritto/a dott. _____

in qualità di _____

C H I E D E

il Patrocinio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di
GENOVA

Il Logo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di
GENOVA

per la manifestazione _____

che si terrà il _____ sede _____

A TAL FINE COMUNICA :

- tema della manifestazione _____
- durata complessiva _____
- durata delle singole lezioni _____
- argomenti affrontati nelle singole lezioni _____
- Docenti _____
- finalità e obiettivi didattici dell'iniziativa _____
- destinatari della manifestazione _____
- eventuale quota di iscrizione di € _____
- eventuali sponsorizzazioni _____
- ente organizzatore o Provider _____
- altri enti a cui è stato richiesto il patrocinio _____
- crediti ECM _____

Allega programma e brochure della manifestazione.

Data _____

Firma _____