

Allegato A

MODELLO DI RICHIESTA PATROCINIO

(La richiesta, redatta su carta intestata del soggetto richiedente, dovrà essere presentata di norma almeno 60 giorni prima dell'avvio dell'iniziativa con programma dell'evento)

Spett.le
Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
di Belluno
PEC: segreteria.bl@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, Società o altro),

senza scopo di lucro

ovvero

con scopo di lucro

con sede legale in _____ via _____ ,

telefono n° _____ telefono cellulare n° _____ ,

PEC /e-mail _____, codice fiscale e/o partita

IVA _____ , per la quale assume piena responsabilità

CHIEDE LA CONCESSIONE DEL PATROCINIO

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

Titolo dell'evento

che si svolgerà ain data.....

dalle ore alle ore

Argomenti trattati:

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

Finalità e obiettivi dell'iniziativa:

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

Organizzazione a livello:

- regionale interregionale nazionale

altro

Soggetti a cui l'evento è rivolto:

- Professioni sanitarie (specificare)
- Società civile
- Associazioni a tutela dei malati
- Associazione dei pazienti/familiari di malati
- Altro
(specificare).....

*Numero partecipanti previsto: (10-30) (30-60) (60-100) (superiore a 120)
(specificare).....*

Sede

- Soggetto pubblico o privato.
- Altro(specificare).....
.....

Tipo di attività

- Lezioni Relazioni Esercitazioni pratiche Esperienze guidate
- Prestazioni Sanitarie
- Altro

Organi promotori

- Ordine Provinciale
- Sindacato medico o odontoiatrico /associazione di categoria
- Ente pubblico Università Ospedale Società scientifica
- Altro
specificare)

Aspetti economici:

Prevede un contributo economico da parte dei partecipanti

- SI NO

(in caso affermativo, specificare l'entità.....

Prevede ulteriori finanziamenti

- SI NO

(in caso affermativo, specificare se Enti pubblici e/o istituzioni non a scopo di lucro o altra tipologia di personalità giuridica, specificare l'entità del contributo

Ruolo di eventuali sponsorizzazioni da personalità giuridiche private

- Settore: farmaceutica altro (specificare).....
- Extrasettore (specificare)
- Retribuisce i docenti SI NO
- Fornisce materiale scientifico: SI NO

Quale.....

SEGRETERIA SCIENTIFICA (da compilare qualora non esplicitato nel programma)

Sede:.....

Nomi

Qualifiche

SEGRETERIA AMMINISTRATIVA (da compilare qualora non esplicitato nel programma)

Sede:.....

Nomi

Qualifiche

Allegati:

- Relazione dettagliata sull'iniziativa da patrocinare
- Programma dell'iniziativa comprensivo dei nomi e delle qualifiche dei Docenti
- Copia fotostatica di un documento d'identità del sottoscrittore in corso di validità
- Riferimento del responsabile del progetto con recapito telefonico e indirizzo e-mail.

DICHIARA
sotto la propria responsabilità

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 dell'OMCeO di Belluno n. 58 del 24.11.2021.

Luogo e data

Il Legale Rappresentante

INFORMATIVA PRIVACY BREVE PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI in osservanza agli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo n. 679/16 ("GDPR"), l'OMCeO della provincia di BELLUNO, in qualità di "Titolare del Trattamento", Le fornisce le informazioni (informativa integrale disponibile nell'apposita sezione Modulistica del sito dell'Ordine www.ordinemedicibelluno.it) in ordine al trattamento dei suoi dati personali raccolti nell'istanza e in tutte le successive pratiche relative al suo profilo professionale la cui acquisizione, da parte del Titolare del Trattamento, è indispensabile per il corretto espletamento delle funzioni istituzionali dell'Ente.

Per rispondere a qualunque sua richiesta o esercizio di diritti il Titolare del Trattamento ha individuato e nominato, a norma dell'articolo 37 del GDPR, il Responsabile della protezione dei dati", c.d. "Data Protection Officer" ("DPO"), i cui dati di contatto sono indicati nell' informativa estesa art. 13 e 14 GDPR 679/16 reperibile nella apposita sezione Trasparenza del sito dell'Ordine e, disponibili anche consultando la Privacy Policy pubblicata nel sito.

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa, presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 e 14 del GDPR citato, dichiara di averne preso visione e di averne compreso in ogni sua parte il contenuto, anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento in essa contenute.

Data _____

Firma _____