



### ALLEGATO A - RICHIESTA DI PATROCINIO ONEROSO

Denominazione del richiedente:

Alla cortese attenzione dell'OFI Marche  
Via

**OGGETTO:** Richiesta di patrocinio oneroso.

I/La sottoscritto/a: \_\_\_\_\_  
nato/a a: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

Via: \_\_\_\_\_ n.: \_\_\_\_\_ telefono: \_\_\_\_\_

sito web: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

in qualità di: \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

la concessione del patrocinio oneroso per la seguente iniziativa (inserire una citazione tratta dal documento o il sunto di un puntodi interesse):

Titolo e argomenti trattati: \_\_\_\_\_

Luogo, Data e Durata oraria: \_\_\_\_\_

Tipologia di evento:  congresso/convegno  corso  workshop  altro: \_\_\_\_\_

Finalità, Motivazioni, Obiettivi Culturali e formativi:

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

Nominativi e qualifiche docenti (indicare solo se non specificati nel programma, allegato, dell'evento):

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_

Soggetti cui l'evento è rivolto (professioni sanitarie, cittadinanza, associazioni di tutela dei malati, pazienti, ecc.):

Tipo di organizzazione (a livello provinciale, a livello regionale, interregionale, nazionale, internazionale, altro): \_\_\_\_\_

Numero dei partecipanti previsto: \_\_\_\_\_

Articolazione in:  mezza giornata  una giornata  più giornate (numero di giornate: \_\_\_\_\_)

Tipo di attività:  lezioni/relazioni  tavola rotonda  altro: \_\_\_\_\_

Organi promotori:  Ordine  Sindacato Privato  Università  Ospedale  Azienda Farmaceutica

Ente Pubblico  Ente  Società Scientifica  Altro: \_\_\_\_\_

Richiesto accreditamento ECM:  sì  no

Fornisce materiale organizzativo:  sì  no

Aspetti economici - Prevede un contributo economico da parte dei partecipanti:  sì  no  
(in caso di risposta affermativa, specificare l'importo: \_\_\_\_\_)

È finanziato da Ente Pubblico:  sì  no  in parte

In caso di risposta affermativa completamente o in parte, indicare quale/i Ente/i:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

È finanziato da Sponsor:  sì  no  in parte

In caso di risposta affermativa completamente o in parte, indicare quale/i:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nominativi e recapiti a cui fare riferimento per qualsiasi informazione:

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_

Chiede inoltre l'autorizzazione all'utilizzo del logo dell'OFI Marche:  sì  no

Specificare l'utilizzo: \_\_\_\_\_

#### DICHIARA

sotto la propria responsabilità ai sensi degli articoli 75 e 76 del D.P.R. 445/2000

- Che l'iniziativa non persegue scopi di lucro  
 Che l'iniziativa presenta carattere e rilevanza nazionale/internazionale  
 Che l'Ente/Associazione/Azienda ha già ottenuto in passato il patrocinio di questo Ente in data \_\_\_\_\_

Che per questa iniziativa ha/hanno già concesso il patrocinio l'Ente/l'Associazione/ecc:

---

#### CHIEDE

La partecipazione dell'OFI Marche alle spese per:

- RELATORI per l'ammontare di \_\_\_\_\_ Euro  
 ECM per l'ammontare di \_\_\_\_\_ Euro  
 SEDE per l'ammontare di \_\_\_\_\_ Euro  
 ALTRO per l'ammontare di \_\_\_\_\_ Euro

#### ALLEGA

- 1) PREVENTIVO SPESE  
 2) Documento di identità del richiedente legale rappresentante  
 3) Illustrazione sintetica ed esauriente delle finalità dell'evento  
 4) Programma/calendario dell'evento  
 5) LOCANDINA E PROGRAMMA DELL'EVENTO (OBBLIGATORI)

Dichiara, altresì, di essere consapevole che ai sensi del Regolamento UE 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa.

Informa che il trattamento dei Vs. dati personali sarà effettuato al fine di richiesta e per la gestione di ogni altro adempimento. Per il trattamento dei dati per le finalità indicate non è necessario il consenso in quanto necessario per adempiere a un obbligo di legge (D.M. Salute 13 marzo 2018) e per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico. Il conferimento è obbligatorio, e in caso di rifiuto non potrà essere valutata la richiesta. I dati potranno essere comunicati ad altri enti pubblici in relazione ai quali è previsto l'obbligo di comunicazione e a professionisti che prestano consulenza a favore dell'ordine. I dati (nome, cognome, luogo e data di nascita), inoltre, potranno essere oggetto di diffusione mediante pubblicazione sul sito dell'Ordine. Il periodo di conservazione dei dati è illimitato Per tutte le questioni relative al trattamento dei dati e all'esercizio dei citati diritti, Lei potrà contattare il Responsabile per la Protezione dei Dati (RPD) al seguente indirizzo e-mail: **marche.ofi@fnofi.it**

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver letto e compreso l'informativa ai sensi dell'art. 13, Regolamento 2016/679/UE – GDPR relativa al trattamento dei propri dati personali.

\_\_\_\_\_, Li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Timbro e Firma

#### Note:

- Il modulo deve essere compilato in tutte le sue parti e spedito tramite e-mail certificata (PEC) a **marche.ofi@fnofi.it**
- Non verranno ritenuti validi gli invii documentali effettuati tramite mail ordinaria non certificata o per mezzo posta cartacea.
- La richiesta per essere valida deve riportare sia il nome sia la firma del richiedente.