



**RICHIESTA PATROCINIO ORDINE DEI TECNICI SANITARI DI RADIOLOGIA MEDICA E
DELLE PROFESSIONI SANITARIE TECNICHE, DELLA RIABILITAZIONE E DELLA
PREVENZIONE DI PALERMO**

Spett.le
Ordine dei TSRM - PSTRP
della Provincia di Palermo
Via Ugo La Malfa 30
90146 PALERMO

Alla cortese attenzione del Presidente e del Consiglio Direttivo

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'Ordine TSRM- PSTRP di Palermo.

L'utilizzo del Logo dell'Ordine TSRM- PSTRP di Palermo

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 Internazionale

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

● E' finanziato da sponsor:

Se sì, quale _____

COMPONENTI OPERATIVE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGRAMMA

Segreteria organizzativa _____

Sede: _____

Nome del referente: _____

Segreteria scientifica _____

| <u>Nomi</u> | <u>Qualifiche</u> |
|-------------|-------------------|
| | |
| | |
| | |

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 Palermo (ufficioformazione@tsrmpa.org, palermo@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.*