

ALLEGATO "A"

MODELLO DI RICHIESTA DI PATROCINIO

(La richiesta, redatta su carta intestata del soggetto richiedente, dovrà essere presentata almeno 40 giorni prima dell'avvio dell'iniziativa)

Spett.le Ordine Provinciale
dei Medici Chirurghi e degli
Odontoiatri di Lecco
PEC: segreteria.lc@pec.omceo.it

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____

il _____ codice fiscale _____

in qualità di Legale Rappresentante del _____

(specificare l'esatta denominazione/ragione sociale dell'OMCeO, dell'Associazione,
Ente, Società o altro),

senza scopo di lucro

con scopo di lucro

con sede legale in _____

telefono _____ cellulare _____

E-mail _____ PEC _____

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 a: _____

in 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:

- Struttura pubblica Struttura privata Altra _____

Tipo di attività:

- Lezioni/Relazioni Esercitazioni Pratiche Esperienze guidate
 Prestazioni Sanitarie Altro _____

Organi promotori:

- Ordine Provinciale Sindacato medico Ente Pubblico Università
 Ospedale Società scientifica Altro _____

Aspetti economici:

Prevede un contributo economico da parte dei partecipanti?

- Sì (specificare l'entità: _____)
- No

Prevede ulteriori finanziamenti?

- Sì (specificare se Enti pubblici e/o istituzioni non a scopo di lucro o altra tipologia di personalità giuridica _____ e specificare l'entità' del contributo _____)
- No

Ruolo di eventuali sponsorizzazioni da personalità giuridiche private:

- Settore: farmaceutica altro
- Retribuisce i docenti: Sì No
- Fornisce materiale scientifico: Sì (specificare _____) No

SEGRETERIA SCIENTIFICA (da compilare qualora non esplicitato nel programma)

Sede: _____

Nominativi:

Qualifiche:

COMPOSIZIONE GRUPPO DOCENTE (da compilare qualora non esplicitato nel programma)

Nominativi:

Qualifiche:

Allegati:

- 1) Relazione dettagliata sull'iniziativa da patrocinare.
- 2) Programma dell'iniziativa;
- 3) Copia dello statuto e/o atto costitutivo (nel caso il richiedente fosse un'Associazione e/o un'Impresa);
- 4) Copia fotostatica di un documento d'identità del sottoscrittore in corso di validità;
- 5) 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 n. _____ del 2025.

Luogo e data _____

Il Legale Rappresentante

**INFORMATIVA BREVE PRIVACY AI SENSI DELL'ART. 13 DEL GDPR 679/16
PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

In osservanza all'art. 12 e 13 del Regolamento Europeo n. 679/16, l'OMCeOLEcco in qualità di "Titolare del Trattamento", Le fornisce le dovute informazioni in ordine al trattamento dei suoi dati personali richiesti 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'Ordine.

Per rispondere a qualunque sua richiesta o esercizio di diritti il Titolare del Trattamento ha individuato e nominato, a norma dell'articolo 37 del Regolamento il Responsabile della protezione dei dati, c.d. "Data Protection Officer", (nel seguito il "DPO") i cui dati di contatto sono disponibili al seguente LINK