

Al Presidente dell'Ordine Provinciale  
dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di  
Caserta – SEDE

**OGGETTO: Richiesta di contributo economico per evento formativo ECM da inserire nella programmazione dell'Ordine.**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_, nella sua qualità di

\_\_\_\_\_

propone di inserire, nel programma di aggiornamento professionale dell'Ordine, il seguente evento formativo ECM dal Titolo :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

All'uopo dichiara quanto segue:

**Responsabile Scientifico:**

\_\_\_\_\_

**Eventuali nominativi e titoli professionali di Relatori/Docenti:**

\_\_\_\_\_

**Data/e e luogo di svolgimento:** \_\_\_\_\_

**Durata in giorni/ore:** \_\_\_\_\_; N° \_\_\_\_\_ partecipanti previsto;

**Destinatari:** (Aperto a tutti e/o tipo/i di specializzazione/i) :

\_\_\_\_\_

**Evento che prevede Sponsor** (se SI specificare) \_\_\_\_\_

**Dati personali del richiedente o Ragione sociale del provider e relative informazioni di accredito (IBAN) :**

\_\_\_\_\_

Si allega rationale, bozza del programma e documento di riconoscimento del Responsabile scientifico.

luogo e data \_\_\_\_\_ firma per esteso \_\_\_\_\_