



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

OGGETTO: Evento Formativo ECM da inserire nella programmazione dell'Ordine: richiesta di adesione al contributo per supporto tecnico-organizzativo da parte delle società Provider inserite nell'Elenco fornitori 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:

A tal uopo richiede il contributo delle società Provider accreditate ECM ed inserite nell'Elenco fornitori dell'Ente per la realizzazione dello stesso.

Pertanto, dichiara:

- che l'Evento non prevede Sponsor;
- di essere a conoscenza che il supporto della Società Provider ECM (riguardante le fasi organizzative dell'evento: dall'accREDITamento alla preparazione dei materiali, fino alla realizzazione dello stesso) avverrà secondo le modalità preventivamente concordate con l'Ente e comunque entro i limiti del contributo concesso;
- che ogni ulteriore esigenza tecnico-organizzativa oltre il contributo sarà a totale carico dell'iscritto, sollevando l'Ente da qualsivoglia impegno verso i propri fornitori di servizi;

Data Svolgimento _____ Durata _____ (ore) per giorni _____

Nominativo del Responsabile Scientifico _____

eventuali nominativi e titoli professionali di Relatori/Docenti:

Partecipanti previsti n. _____ ps;

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

Mail: _____ Pec: _____

Telefono _____

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

Data

Firma