**MODELLO DI RICHIESTA DI PATROCINIO**

(La richiesta, redatta su carta intestata del soggetto richiedente, dovrà essere presentata almeno 60 giorni prima dell’avvio dell’iniziativa)

[**Spett.le**](https://Spett.le/) **Federazione delle Associazioni**

**dei Medici Legali Italiani - FAMLI**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
in qualità di Legale Rappresentante del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (specificare l’esatta denominazione/ragione sociale dell’Istituzione richiedente),

□ senza scopo di lucro

**ovvero**

□ con scopo di lucro

con sede legale in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefono n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cellulare n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, pec/e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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 □ Altro (specificare) ……………………………………………………

Numero partecipanti previsto: …………………………..

Sede: …………………………………………………………….…..

Tipo di attività: ……………………………………..…………..

Aspetti economici:

Prevede un contributo economico da parte dei partecipanti: SI (entità…..……) NO
Prevede ulteriori finanziamenti SI NO

(in caso affermativo, specificare tipologia di personalità giuridica ed entità del contributo)

…………………………………………………………. ………………………………………

…………………………………………………………. ………………………………………

…………………………………………………………. ………………………………………

SEGRETERIA SCIENTIFICA

(da compilare qualora non esplicitato nel programma)

 Nomi Qualifiche

………………………………….……….……………….. …………………………………….……….………….

………………………………….……….……………….. …………………………………….……….………….

………………………………….……….……………….. …………………………………….……….………….

COMPOSIZIONE GRUPPO DOCENTE/RELATORI

(da compilare qualora non esplicitato nel programma)

 Nomi Qualifiche

………………………………….……….……………….. …………………………………….……….………….

………………………………….……….……………….. …………………………………….……….………….

………………………………….……….……………….. …………………………………….……….………….

Allegati:

* Programma dell’iniziativa;
* Copia fotostatica di un documento d’identità del sottoscrittore in corso di validità;

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 per la concessione di patrocini FAMLI

Luogo e data Il Legale Rappresentante