

**Ordine Interprovinciale della Professione Ostetrica
di Ascoli Piceno e Fermo**

Sito istituzionale: www.ordineostetricheapfm.it

e-mail: info@ordineostetricheapfm.it

PEC: ostetricheapfm@arubapec.it

RICHIESTA DI PATROCINIO

Il sottoscritto _____

in qualità di _____ (*legale rappresentate o persona fiduciaria*) dell'Organismo Promotore sotto indicato, **CHIEDE** il **PATROCINIO** dell'Ordine Interprovinciale professione Ostetrica di Ascoli Piceno e Fermo per l'evento di seguito dettagliato:

Titolo dell'evento	
Finalità e obiettivi dell'evento	
Organismo promotore (<i>inserire nome e sede</i>)	
Destinatari	<input type="checkbox"/> Ostetriche <input type="checkbox"/> altro _____
Livello di organizzazione	<input type="checkbox"/> provinciale <input type="checkbox"/> ultra provinciale
Numero previsto di partecipanti	
Luogo dell'evento	
Durata dell'evento (date e orari)	
Presenza di sponsor	<input type="checkbox"/> settore farmaceutico <input type="checkbox"/> altro _____ <input type="checkbox"/> nessuno sponsor
Attività dello sponsor	<input type="checkbox"/> finanzia l'evento per la percentuale _____ % <input type="checkbox"/> retribuisce i docenti/relatori (compenso e/o rimborso spese) <input type="checkbox"/> fornisce materiale organizzativo (locandine, inviti, coffee break, ecc.) <input type="checkbox"/> fornisce materiale scientifico (pubblicazioni, materiale didattico, ecc.)

Trattamento economico dei docenti/relatori	<input type="checkbox"/> è previsto un compenso <input type="checkbox"/> è previsto il rimborso spese (viaggio, soggiorno, ecc.) <input type="checkbox"/> nessun trattamento economico
Contributo a carico dei partecipanti	<input type="checkbox"/> pari a € _____ <input type="checkbox"/> evento ad accesso gratuito
Eventuali altri patrocini richiesti (indicare Enti, società, associazioni, ...)	
Codice dell'eventuale accreditamento ECM o numero pratica	
Logo dell'Ordine sul materiale divulgativo	<input type="checkbox"/> richiesto per (descrivere tipologia d'uso) _____ <input type="checkbox"/> non richiesto
Contatto del referente a cui inviare la risposta	Cognome e nome _____ cell./tel _____ e-mail _____

Il sottoscritto allega documentazione esplicativa e/o BOZZA del PROGRAMMA e **DICHIARA** (resa ai sensi dell'art. 47, D.P.R. 445/2000) di non promuovere attività ingannevoli per l'utenza o che possano configurare abuso di titolo o di professione e di aver preso atto ed accettare i criteri e le limitazioni delle Linee Guida dell'Ordine pubblicate nel sito <https://www.ordineostetricheapfm.it> nella sezione "procedure".

Data _____

Firma _____

Informazioni sul trattamento dei dati personali

L'Ordine Interprovinciale Ostetriche AP/FM in qualità di titolare (con sede in via delle Torri 43, IT-Ascoli Piceno info@ordineostetricheapfm.it PEC: ostetricheapfm@arubapec.it), tratterà i dati personali conferiti con il presente modulo, con modalità prevalentemente informatiche e telematiche, per le finalità previste dal Regolamento (UE) 2016/679, in particolare per l'esecuzione dei propri compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei propri pubblici poteri, ivi incluse le finalità di archiviazione. I dati saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa. I dati saranno trattati esclusivamente dal personale e da collaboratori dell'Ordine o delle imprese espressamente nominate come responsabili del trattamento. Al di fuori di queste ipotesi i dati non saranno comunicati a terzi né diffusi. Gli interessati hanno il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai propri dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento UE 2016/679).

L'istanza è presentata contattando il Responsabile della protezione dei dati presso l'Ordine dpo@ordineostetricheapfm.it

Data _____

Firma _____