



### ALLEGATO A - RICHIESTA DI PATROCINIO

**Denominazione del richiedente:**

**Alla cortese attenzione dell'OFI Umbria**  
Via della Mina, 113  
06132 - Lacugnano (PG)  
umbria.ofi@pec.fnofi.it

**OGGETTO:** Richiesta di patrocinio non oneroso.

I/La sottoscritto/a: \_\_\_\_\_  
nato/a a: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_  
Residente a: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_  
Via: \_\_\_\_\_ n.: \_\_\_\_\_ telefono: \_\_\_\_\_  
sito web: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_  
in qualità di: \_\_\_\_\_

### CHIEDE

la concessione del patrocinio per la seguente iniziativa (inserire una citazione tratta dal documento o il sunto di un punto di interesse):

Titolo e argomenti trattati: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Luogo, Data e Durata oraria: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tipologia di evento:  congresso/convegno  corso  workshop  altro: \_\_\_\_\_

Finalità, Motivazioni, Obiettivi Culturali e formativi:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nominativi e qualifiche docenti (indicare solo se non specificati nel programma, allegato, dell'evento):

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_

Soggetti cui l'evento è rivolto (professioni sanitarie, cittadinanza, associazioni di tutela dei malati, pazienti, ecc.):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Tipo di organizzazione (a livello provinciale, a livello regionale, interregionale, nazionale, internazionale, altro):

Numero dei partecipanti previsto: \_\_\_\_\_

Articolazione in:  mezza giornata  una giornata  più giornate (numero di giornate: \_\_\_\_\_)

Tipo di attività:  lezioni/relazioni  tavola rotonda  altro: \_\_\_\_\_

Organi promotori:  Ordine  Sindacato Privato  Università  Ospedale  Azienda Farmaceutica

Ente Pubblico  Ente  Società Scientifica  Altro: \_\_\_\_\_

Richiesto accreditamento ECM:  sì  no

Fornisce materiale organizzativo:  sì  no

Aspetti economici - Prevede un contributo economico da parte dei partecipanti:  sì  no  
(in caso di risposta affermativa, specificare l'importo: \_\_\_\_\_)

È finanziato da Ente Pubblico:  sì  no  in parte

In caso di risposta affermativa completamente o in parte, indicare quale/i Ente/i:

È finanziato da Sponsor:  sì  no  in parte

In caso di risposta affermativa completamente o in parte, indicare quale/i:

Nominativi e recapiti a cui fare riferimento per qualsiasi informazione:

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_

Chiede inoltre l'autorizzazione all'utilizzo del logo dell'OFI Umbria:  sì  no

Specificare l'utilizzo: \_\_\_\_\_

### DICHIARA

sotto la propria responsabilità ai sensi degli articoli 75 e 76 del D.P.R. 445/2000

- Che l'iniziativa non persegue scopi di lucro
- Che l'iniziativa presenta carattere e rilevanza nazionale/internazionale
- Che l'Ente/Associazione/Azienda ha già ottenuto in passato il patrocinio di questo Ente in data \_\_\_\_\_



Che per questa iniziativa ha/hanno già concesso il patrocinio l'Ente/l'Associazione/ecc:

---

### ALLEGA

- Documento di identità del richiedente legale rappresentante
- Illustrazione sintetica ed esauriente delle finalità dell'evento
- Programma/calendario dell'evento
- Copia di eventuali patrocini concessi da altri Enti
- Ulteriore documentazione utile per la valutazione dell'istanza
- LOCANDINA E PROGRAMMA DELL'EVENTO (OBBLIGATORI)**

Dichiara, altresì, di essere consapevole che ai sensi del Regolamento UE 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa.

Ai sensi del art. 13 del Reg. UE 2016/679, l'ORDINE REGIONALE DELLA PROFESSIONE SANITARIA DI FISIOTERAPISTA DELL'UMBRIA, in qualità di Titolare del Trattamento, informa che il trattamento dei Vs. dati personali sarà effettuato al fine di richiesta e per la gestione di ogni altro adempimento di legge. Ai sensi dell'art. 6 del citato regolamento, per il trattamento dei dati per le finalità indicate non è necessario il consenso in quanto necessario per adempiere a un obbligo di legge (D.M. Salute 13 marzo 2018) e per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico. Il conferimento è obbligatorio, e in caso di rifiuto non potrà essere valutata la richiesta. I dati potranno essere comunicati ad altri enti pubblici in relazione ai quali è previsto l'obbligo di comunicazione e a professionisti che prestano consulenza a favore dell'ordine. I dati (nome, cognome, luogo e data di nascita), inoltre, potranno essere oggetto di diffusione mediante pubblicazione sul sito dell'Ordine. Il periodo di conservazione dei dati è illimitato. È comunque Vs. facoltà esercitare tutti i diritti previsti dagli artt. 15-22 del citato regolamento. Per tutte le questioni relative al trattamento dei dati e all'esercizio dei citati diritti, Lei potrà contattare il Responsabile per la Protezione dei Dati (RPD) al seguente indirizzo e-mail: [umbria.ofi@fnofi.it](mailto:umbria.ofi@fnofi.it).

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver letto e compreso l'informativa ex art. 13 Reg. UE 2016/679 relativa al trattamento dei propri dati personali.

\_\_\_\_\_, Li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Timbro e Firma

### Note:

- Il modulo deve essere compilato in tutte le sue parti e spedito tramite e-mail certificata (PEC) a: [umbria.ofi@pec.fnofi.it](mailto:umbria.ofi@pec.fnofi.it).
- Non verranno ritenuti validi gli invii documentali effettuati tramite mail ordinaria non certificata o per mezzo posta cartacea.
- La richiesta per essere valida deve riportare sia il nome sia la firma del richiedente.