

Ordine della Professione di Ostetrica della Regione Autonoma Valle d'Aosta
Ordre des Sages Femmes de la Région Autonome Vallée d'Aoste



MODULO DI RICHIESTA DI PATROCINIO DA PARTE DELL'ORDINE DELLA PROFESSIONE OSTETRICA DELLA REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA

EVENTO DA PATROCINARE:

(Titolo dell'evento per il quale si intende richiedere il patrocinio)

Organizzato a _____

in data _____

TIPOLOGIA E MODALITA' ORGANIZZATIVE

<p>Si tratta di un:</p> <p><input type="checkbox"/> convegno</p> <p><input type="checkbox"/> corso</p> <p><input type="checkbox"/> congresso</p> <p><input type="checkbox"/> altro _____</p>	<p>Avente carattere</p> <p><input type="checkbox"/> scientifico/ formativo</p> <p><input type="checkbox"/> culturale / professionale e sociale</p>
--	--

Ordine della Professione di Ostetrica della Regione Autonoma Valle d'Aosta
Ordre des Sages Femmes de la Région Autonome Vallée d'Aoste



PROGRAMMA

Tematiche:

Finalità, motivazioni e obiettivi formativi e culturali:

Organizzazione a livello: _____

(internazionale/ nazionale/provinciale/regionale/altro)

Destinatari: _____

(ostetriche, altre professioni – specificare)

Numero partecipanti previsto: _____

Articolazione in: _____

(mezza giornata/un giorno/ più giorni)

Durata oraria complessiva: h: _____

Richiesta utilizzo Logo : _____

(Si/No - specificare)

Ordine della Professione di Ostetrica della Regione Autonoma Valle d'Aosta
Ordre des Sages Femmes de la Région Autonome Vallée d'Aoste



Presenza in programma di Ostetriche/ci: _____ (Si/No –specificare)

In qualità di: _____ (moderatori/relatori/altro)

COMPONENTI OPERATIVE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGRAMMA

Segreteria organizzativa _____

Sede: _____

Nomi	Qualifiche

Segreteria scientifica _____

Sede: _____

Nomi	Qualifiche

Ordine della Professione di Ostetrica della Regione Autonoma Valle d'Aosta
Ordre des Sages Femmes de la Région Autonome Vallée d'Aoste



DICHIARAZIONE DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI PATROCINIO

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ (Prov.) _____ il |__| |__| |__|

residente a _____ (Prov.) _____

in via/piazza _____ .n. _____ CAP _____

tel _____

fax _____

e-mail _____

Codice fiscale |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__|

in qualità di rappresentante legale/altro

_____ della società/ente/associazione

con sede: _____

Ordine della Professione di Ostetrica della Regione Autonoma Valle d'Aosta
Ordre des Sages Femmes de la Région Autonome Vallée d'Aoste



P.IVA / codice fiscale _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, in relazione alla richiesta di patrocinio indirizzata all'Ordine della Professione di Ostetrica, di cui la presente dichiarazione costituisce parte integrante, sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA E CERTIFICA

che l'Ente firmatario, i suoi referenti e collaboratori diretti si impegnano a contrastare l'esercizio abusivo della professione di Ostetrica/o e pertanto non gestiscono né promuovono attività ingannevoli per l'utenza o che possano configurare abuso di titolo o di professione;

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 che i dati personali, anche sensibili, volontariamente forniti e necessari per la concessione del patrocinio dell'Ordine, saranno trattati, anche con strumenti informatici, soltanto per il procedimento per il quale è resa questa dichiarazione. Il Responsabile del trattamento dei dati è l'Ordine della Professione Ostetrica della Regione Autonoma Valle d'Aosta.

Data,

Firma per esteso leggibile e timbro

NOTE: la presente dichiarazione sostitutiva di certificazioni deve essere sottoscritta e corredata da copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore, ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000.