

Presidente Dott. Gian Luca Forni

MODULO DI RICHIESTA PATROCINIO S.I.T.E.

Se l'evento per cui si richiede il patrocinio ha le caratteristiche descritte nel modulo "condizioni per il rilascio del patrocinio", che troverete nel sito, il presente form dovrà essere inviato compilato alla Segreteria Organizzativa 4 mesi prima della data dell'evento formativo, per approvazione da parte del Comitato Direttivo S.I.T.E.

Il form va compilato in tutte le sue parti .

**RICHIEDENTE
COGNOME E NOME:**

INDIRIZZO:

TEL.

FAX

e-mail:

MOTIVAZIONI PER L' ORGANIZZAZIONE DELL'EVENTO FORMATIVO

E' stato effettuato l'accreditamento ECM presso il Ministero della Salute

Sì

No

In corso

- Indicare N° Identificativo ECM : _____

FIGURE PROFESSIONALI A CUI SI RIVOLGE L'EVENTO FORMATIVO

(es.: ematologi, pediatri, internisti, immunoematologi, cardiologi, epatologi biologi, laureati in biotecnologie mediche, tecnici di laboratorio, infermieri,)

NUMERO DI PARTECIPANTI PREVISTI

Segreteria Organizzativa



Provider ECM 463

Via Augusto Riboty, 21 - 00195 Roma

Tel. 06 39725540 – Fax 06 39725541

e-mail: info@grupposymposia.it

Presidente Dott. Gian Luca Forni

DATA DELL'EVENTO:

DURATA:

SEDE:

BREVE DESCRIZIONE DEI CONTENUTI SCIENTIFICI DELL'EVENTO (max 5 righe)

PERCENTUALE DI RELATORI EXTRA-REGIONE:

[la concessione del patrocinio è subordinata al fatto che almeno il 30% dei relatori (moderatori esclusi) venga da fuori regione]

⇒ **SI RICORDA CHE IL PATROCINIO S.I.T.E. NON IMPLICA UN SUPPORTO NELLA ORGANIZZAZIONE E NELLA COPERTURA DELLE SPESE DELL'EVENTO**

Segreteria Organizzativa



Provider ECM 463

Via Augusto Riboty, 21 - 00195 Roma

Tel. 06 39725540 – Fax 06 39725541

e-mail: info@grupposymposia.it