

**DOMANDA PER L'UTILIZZO OCCASIONALE DELLA SALA DIDATTICA  
DELL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI  
GENOVA**

I SOTTOSCRITTI

DOTT/PROF. .... responsabile scientifico dell'evento

DOTT.....responsabile organizzativo dell'evento

A nome di .....(associazione culturale, sindacato, ecc.)

**CHIEDONO**

di poter usufruire della Sala Didattica  
dell'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Genova

per il giorno.....dalle ore.....alle ore.....

Per.....(Tipologia evento)

Tema .....(come da programma allegato)

**DICHIARANO** quanto segue:

**1) Sponsorizzazioni (in caso affermativo sponsor e quota) :**

\_\_\_\_\_

**2) Tassa di Iscrizione (in caso affermativo indicare l'importo):**

\_\_\_\_\_

**3) Soggetti a cui è rivolto l'evento:**

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

**4) Organizzatore o Provider:**

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

**5) Crediti ECM:**

\_\_\_\_\_

ASSICURANO

Che il numero dei medici/odontoiatri partecipanti all'evento **non sarà superiore** in totale alle 35 unità.

DICHIARANO

che eventuali spese per danni arrecati durante lo svolgimento dell'evento verranno interamente rimborsate all'Ordine dai sottoscriventi

CORRISPONDONO

A titolo di rimborso la somma di €.....

In fede.

IL RESPONSABILE SCIENTIFICO

IL RESPONSABILE ORGANIZZATIVO

-----

-----

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Inviare a mezzo mail [info@omceoge.org](mailto:info@omceoge.org) o a mezzo fax 0039 010 593 558