Ordine
dei tecnici sanitari di radiologia medica
e delle professioni sanitarie tecniche,
della riabilitazione e della prevenzione
Cagliari - Oristano

Richiesta patrocinio Ordine TSRM PSTRP CAgliari-Oristano

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

---

Organizzato a …… in data……..

TIPOLOGIA DELL'EVENTO E MODALITA' ORGANIZZATIVE

- **Si tratta di un convegno/corso:** *teorico* ☐ *pratico* ☐

- PROGRAMMA

A) - Tematiche :

……
……
……
……
……
……

B) - Finalità, motivazioni e obiettivi culturali e formativi:

……
……
……
……
……
……

- **Organizzazione a livello:**
provinciale ☐ interprovinciale ☐ regionale ☐ interregionale ☐ nazionale ☐

- **Destinatari**

(specificare)……

- **Numero partecipanti previsto:**_____

- **Articolazione in:**

Mezza giornata ☐ Un giorno ☐ Più giorni ☐

- **Durata oraria: h:** ……

- **Richiesta utilizzo Logo TSRMPSTRP ca-or** **Si** ☐ **No** ☐

COMPONENTI OPERATIVE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGRAMMA

Segreteria organizzativa

Sede: ……

Nomi	Qualifiche
……..	……
……..	….……
……..	…….

Segreteria scientifica

Sede:……

Nomi	Qualifiche
…….	……
…….	….……
…….	……...