

Spett.le
Ordine dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e
delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione
e della prevenzione della provincia di Bergamo

Richiesta patrocinio

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** *TSRM e PSTRP*

Altri

(*specificare*).....

- **Numero partecipanti previsto:** _____

- **Articolazione in:**

Mezza giornata Un giorno Più giorni

- **Durata oraria:** h:

- Richiesta utilizzo Logo Ordine TSRM-PSTRP della provincia di Bergamo Si

No

COMPONENTI OPERATIVE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGRAMMA

Segreteria organizzativa

Sede:

Nomi

Qualifiche

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Segreteria scientifica

Sede:.....

Nomi

Qualifiche

.....

.....

.....

.....

.....

.....