



**La richiesta deve essere inoltrata almeno 90 giorni prima dell'evento.**

**Data,** \_\_\_\_\_

**Alla Segreteria SIRM**  
*segreteria@sirm.org*

**Con la presente, ai sensi dell'art. 25 del Regolamento SIRM, si richiede la concessione del Patrocinio e l'autorizzazione all'utilizzo del logo SIRM per l'evento specificato nell'allegato modulo.**

**Nome del richiedente:** \_\_\_\_\_

**N. eventuale tessera SIRM:** \_\_\_\_\_

**Nome, qualifica e competenze professionali del/dei responsabile/i del programma formativo**

	<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Qualifica</b>	<b>e-mail</b>
A				
B				

**TUTTI I SEGUENTI CAMPI SONO OBBLIGATORI:**

<b>Titolo della Manifestazione</b>	
<b>Luogo di svolgimento: Sede</b>	
Comune	
Regione	
<b>Data inizio – Data fine</b>	Inizio: .././.... Fine: .././.... (gg/mm/aa)
<b>Quota individuale di partecipazione</b> (per i non soci deve essere obbligatoriamente prevista una quota maggiorata del 100% rispetto ai Soci SIRM, fino ad un massimo di 150 Euro di differenza)	Soci SIRM                    €... Soci SIRM e sezione    €... Non soci SIRM                €...
<b>Numero previsto di partecipanti</b>	
<b>Obiettivi formativi</b>	
<b>Destinatari della Manifestazione</b> Il patrocinio può essere concesso anche a manifestazioni per professionisti sanitari non medici, ma solo in presenza di percorsi formativi differenziati, nel rispetto delle norme dell'art. 25 del Regolamento SIRM	

**Indicare la Sezione di Studio a cui si sottopone la richiesta (una sola Sezione)**

Radiologia Informatica	<input type="checkbox"/>	Mezzi di contrasto	<input type="checkbox"/>
Ecografia	<input type="checkbox"/>	Etica, e Radiol. Forense	<input type="checkbox"/>
Radiologia Interventistica	<input type="checkbox"/>	Tomografia Computerizzata	<input type="checkbox"/>
Radiol. Odontost. E Capo e Collo	<input type="checkbox"/>	Risonanza Magnetica	<input type="checkbox"/>
Radiol. d' Urgenza ed Emergenza	<input type="checkbox"/>	Senologia	<input type="checkbox"/>
Radiol. Addom. Gastroenterol.	<input type="checkbox"/>	Radioprotezione e Radiobiologia	<input type="checkbox"/>
Radiologia Pediatrica	<input type="checkbox"/>	Gestione risorse in Radiologia	<input type="checkbox"/>
Radiologia Muscolo-Scheletrica	<input type="checkbox"/>	Cardioradiologia	<input type="checkbox"/>
Radiologia Toracica	<input type="checkbox"/>	Neuroradiologia	<input type="checkbox"/>
Radiologia Uro-genitale	<input type="checkbox"/>	Diagnostica per Immagini in Oncologia	<input type="checkbox"/>

**Indicare se la Sezione di Studio è stata coinvolta nell'elaborazione dei contenuti scientifici del programma**Presidente: Consiglieri: Non coinvolta: **Indicare se è prevista una parte di formazione interattiva e in che percentuale incide la parte interattiva rispetto alle ore didattiche complessive**

Discussione o esercitazione a piccoli gruppi  Percentuale sulle ore complessive: \_\_\_\_\_

Casistica ragionata collettiva  Percentuale sulle ore complessive: \_\_\_\_\_

Televoter o altri sistemi interattivi di valutazione  Percentuale sulle ore complessive: \_\_\_\_\_

Altro (descrivere) \_\_\_\_\_  Percentuale sulle ore complessive: \_\_\_\_\_



**Indicare se è prevista la distribuzione di materiale didattico ai partecipanti e in che forma**

Libro dei riassunti	Materiale Cartaceo <input type="checkbox"/>	Supporto informatico <input type="checkbox"/>
Relazioni	Materiale Cartaceo <input type="checkbox"/>	Supporto informatico <input type="checkbox"/>
Casi clinici didattici	Materiale Cartaceo <input type="checkbox"/>	Supporto informatico <input type="checkbox"/>
Altro: _____	Materiale Cartaceo <input type="checkbox"/>	Supporto informatico <input type="checkbox"/>

**Indicare se è stato richiesto l'accreditamento ECM**

ECM richiesto	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Provider		

**Indicare tutti i dati della Segreteria Organizzativa a cui fare riferimento per la richiesta di informazioni (es. iscrizioni, hotel ecc.)**

Nome			
Via		Cap.	
Città		Prov.	
Tel			
Fax			
e-mail			

**N.B. Allegati indispensabili per la concessione del patrocinio**

- Programma scientifico completo**, con l'indicazione degli obiettivi formativi, argomenti trattati, relatori, moderatori. Al momento della domanda di patrocinio il programma deve essere definito almeno nella misura dell'80% degli argomenti e dei relatori.
- Indicazione della faculty**: nome e cognome dei Relatori, qualifica (es. Radiologo, cardiologo, anestesista, altro), Istituzione di appartenenza

**La concessione del Patrocinio SIRM non prevede l'automatico inserimento dell'evento nel calendario dei Corsi e dei Congressi del sito [www.sirm.org](http://www.sirm.org).**

**Per le seguenti attività accessorie, deve essere inoltrata formale richiesta a [segreteria@sirm.org](mailto:segreteria@sirm.org), ed è previsto il pagamento di un contributo come da schema sotto riportato:**

Richiesta patrocinio SOCIO SIRM	Euro 100,00 + IVA	Richiesta patrocinio NON SOCIO SIRM	Euro 400,00 + IVA
Richiesta inserimento nel calendario dei Corsi e Congressi del sito <a href="http://www.sirm.org">www.sirm.org</a> per SOCIO SIRM	Euro 250,00 + IVA	Richiesta inserimento nel calendario dei Corsi e Congressi del sito <a href="http://www.sirm.org">www.sirm.org</a> per NON SOCIO SIRM	Euro 800,00 + IVA
Invio di comunicazione informativa dell'evento, per e_mail ai soci SIRM per SOCIO SIRM	Euro 300,00 + IVA	Invio di comunicazione informativa dell'evento, per e_mail ai soci SIRM per NON SOCIO SIRM	Euro 2000,00 + IVA