



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. tessera SIRM: _____

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

| | Cognome | Nome | Qualifica | e-mail |
|---|----------------|-------------|------------------|---------------|
| A | | | | |
| B | | | | |

**TUTTI I SEGUENTI CAMPI SONO OBBLIGATORI:**

| | | | |
|---|---------------------|-------|------------|
| Titolo della Manifestazione | | | |
| Luogo di svolgimento: Sede | | | |
| Comune | | | |
| Regione | | | |
| Data inizio – Data fine | Inizio: | Fine: | (gg/mm/aa) |
| Quota individuale di partecipazione (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 | € | |
| Numero previsto di partecipanti | | | |
| Obiettivi formativi | | | |
| Destinatari della Manifestazione 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 programmaPresidente: 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.

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

| | |
|--|--------------------------|
| Richiesta inserimento nel calendario dei Corsi e Congressi del sito www.sirm.org | Euro 200,00 + IVA |
| Invio di comunicazione informativa dell'evento, per e_mail ai soci SIRM | Euro 200,00 + IVA |
