



**ORDINE DELLE PROFESSIONI  
INFERMIERISTICHE DI SIRACUSA**

96100 SIRACUSA  
Via Torino, 125  
Tel. 0931/ 21126 Fax 0931/ 446109  
e.mail [opi.siracusa@pec.it](mailto:opi.siracusa@pec.it)  
Cod. Fisc.:80008110894  
sito [ipasvisr.it](http://ipasvisr.it)

Al Presidente  
dell'OPI di Siracusa  
Via Torino n°125  
96100 Siracusa

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

(*Presidente, Direttore, Segretario Denominazione dell'Ente, Società, Associazione, etc.*)

con sede legale in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel.

\_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Rivolge istanza in veste di

\_\_\_\_\_

(*Organizzatore, co-organizzatore, procuratore,.....*), al fine di ottenere:

**La concessione del Patrocinio gratuito dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Siracusa**

**L'utilizzo del logo dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Siracusa**

per la seguente iniziativa:

\_\_\_\_\_



**ORDINE DELLE PROFESSIONI  
INFERMIERISTICHE DI SIRACUSA**

96100 SIRACUSA  
Via Torino, 125  
Tel. 0931/ 21126 Fax 0931/ 446109  
e.mail [opi.siracusa@pec.it](mailto:opi.siracusa@pec.it)  
Cod. Fisc.:80008110894  
sito ipasvisr.it

---

*(Convegno, Seminario, Workshop, corso di formazione/aggiornamento, etc.).*

prevista per i giorni \_\_\_\_\_ in località \_\_\_\_\_

---

scopo e finalità dell'iniziativa:

---

eventuali concessioni di patrocinio da parte di altri Enti e Istituzioni

---

eventuali promotori e sponsor

---

Il sottoscritto dichiara altresì che:

La Società: \_\_\_\_\_

*(Denominazione dell'Ente, Società, Associazione, etc.)*

ha per scopo \_\_\_\_\_

*(Indicare le finalità dell'Ente, Società, Associazione, Comitato, etc.)*



**ORDINE DELLE PROFESSIONI  
INFERMIERISTICHE DI SIRACUSA**

96100 SIRACUSA  
Via Torino, 125  
Tel. 0931/ 21126 Fax 0931/ 446109  
e.mail [opi.siracusa@pec.it](mailto:opi.siracusa@pec.it)  
Cod. Fisc.:80008110894  
sito ipasvisr.it

All'iniziativa partecipano inoltre

---

---

*(Elencare altri eventuali partecipanti all'iniziativa/Soggetti di diritto pubblico o privato)* **RICHIESTA DI PATROCINIO**

**UTILIZZO DEL LOGO DELL'ENTE**

**Pag. 2 di 2**

Referente per eventuali comunicazioni

\_\_\_\_\_ Tel./Mobile \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Indirizzo di posta elettronica dove inviare il logo

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

*(Firma del dichiarante)*



**ORDINE DELLE PROFESSIONI  
INFERMIERISTICHE DI SIRACUSA**

96100 SIRACUSA  
Via Torino, 125  
Tel. 0931/ 21126 Fax 0931/ 446109  
e.mail [opi.siracusa@pec.it](mailto:opi.siracusa@pec.it)  
Cod. Fisc.:80008110894  
sito [ipasvisr.it](http://ipasvisr.it)

**Allegare:**

- Breve sintesi o programma dell'iniziativa, corredata da materiale informativo, su cui si intende inserire il logo

**dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Siracusa;**

- Atto costitutivo e Statuto, o altra documentazione relativa alla natura giuridica del soggetto richiedente (con esclusione degli enti pubblici).

**N.B.:** La bozza definitiva del programma deve essere inviata, per l'autorizzazione, prima della stampa e della divulgazione alla **P.E.C.** [opi.siracusa@pec.it](mailto:opi.siracusa@pec.it) **E-mail** [opi.siracusa@gmail.com](mailto:opi.siracusa@gmail.com).