

**REGOLAMENTO FNOMCeO PER L'ANNO 2016 PER IL SOSTEGNO FINANZIARIO  
A INIZIATIVE PER LA FORMAZIONE E L'AGGIORNAMENTO DI MEDICI E  
ODONTOIATRI DA INVIARE NEI PAESI IN VIA DI SVILUPPO**

*Anagrafica Soggetto Richiedente*

- Nome e forma giuridica \_\_\_\_\_
- sede legale \_\_\_\_\_
- sede operativa \_\_\_\_\_
- sede corrispondenza \_\_\_\_\_
- rappresentante legale \_\_\_\_\_
- Codice Fiscale / Partiva IVA \_\_\_\_\_
- Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_
- indirizzo e-mail \_\_\_\_\_
- Referente da contattare \_\_\_\_\_

*Dati bancari*

- Istituto Bancario \_\_\_\_\_
- sede \_\_\_\_\_
- cod. IBAN (27 caratteri alfanumerici)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ABI \_\_\_\_\_ - CAB \_\_\_\_\_ - BIC \_\_\_\_\_

*Luogo e data*

Timbro e firma del Legale Rappresentante

**N.B. La presente scheda Anagrafica deve essere compilata per ciascun partner, senza l'indicazione dei dati bancari, richiesti solo per il soggetto proponente.**

## SCHEMA RIASSUNTIVA E DICHIARAZIONE

Spett. FNOMCeO  
Commissione di valutazione dei progetti  
Piazza Cola di Rienzo, 80/a  
00192 – Roma

*N.B. La presente richiesta deve essere compilata a cura del Legale rappresentante del Soggetto Richiedente.*

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_

nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Documento n. \_\_\_\_\_ tipologia \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_

residente in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_

**titolare/legale rappresentante dell'Associazione/Ente/Università:**

\_\_\_\_\_

con sede legale in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_

costituita il \_\_\_\_\_ con atto registrato il \_\_\_\_\_

presso il Registro di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ o P.IVA \_\_\_\_\_

### CHIEDE

L'ammissione ai benefici finanziari previsti dal Regolamento FNOMCeO per la promozione di iniziative in materia di Cooperazione in salute nei Paesi in Via di Sviluppo.

## TIPOLOGIA DI PROGETTO

*(indicare con una X il progetto di riferimento, anche entrambi)*

a) Sostegno alla formazione e aggiornamento di medici e odontoiatri da inviare nei Paesi in Via di Sviluppo (PVS)	
b) Invio di personale sanitario nei Paesi in via di sviluppo per un periodo da uno a tre mesi.	

<i>Importo del Progetto (Imponibile) €</i>	<i>Contributo richiesto €</i>

Sede dell'iniziativa (via/ piazza/ comune/ Paese) \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- a) di aver preso visione di tutte le condizioni e le modalità indicate nel Bando;
- b) di essere consapevole che la concessione dell'agevolazione richiesta è subordinata alle risultanze della verifica istruttoria condotta dalla FNOMCeO - Commissione di valutazione preposta;

**SI IMPEGNA A**

- consentire controlli ed accertamenti che l'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri o la FNOMCeO riterranno più opportuni in ordine ai dati dichiarati;
- comunicare tempestivamente alla FNOMCeO ogni variazione dei dati contenuti nei documenti allegati e nelle dichiarazioni fornite, sollevando l'Ente da ogni conseguenza derivante dalla mancata notifica di dette variazioni;
- a rispettare tutte le condizioni e le modalità previste dal Bando.

A tal fine

**SI ALLEGANO**

**i seguenti documenti in conformità a quanto previsto dal Regolamento:**  
*(vedere documenti elencati all'art. 8 del Regolamento)*

- .....
- .....
- .....

*Luogo e data*

Timbro e firma del Legale Rappresentante

**REGOLAMENTO FNOMCeO PER L'ANNO 2016 PER IL SOSTEGNO FINANZIARIO  
A INIZIATIVE PER LA FORMAZIONE E L'AGGIORNAMENTO DI MEDICI E  
ODONTOIATRI DA INVIARE NEI PAESI IN VIA DI SVILUPPO**

**SCHEDA DI PRESENTAZIONE DEL PROGETTO**

DENOMINAZIONE DEL PROPONENTE

TITOLO DEL PROGETTO

DESCRIZIONE SINTETICA DEL PROGETTO

*(max 2.000 caratteri)*

DURATA DEL PROGETTO

	<b>MESE E ANNO</b>	<b>NOTE</b>
<i>Avvio del progetto</i>		
<i>Conclusione del progetto</i>		

CARATTERISTICHE DEL SOGGETTO RICHIEDENTE

**Descrizione del soggetto richiedente**

*(max 5.000 caratteri)*

**Breve descrizione dei partner, se previsti**

*(max 2.000 caratteri)*

**Descrizione delle competenze del proponente nel settore della Cooperazione sanitaria**

*(max 5.000 caratteri)*

PROGETTO

**Descrizione del progetto**

*(max 3.000 caratteri)*

**Obiettivi del progetto**

*(max 2.000 caratteri)*

**Profili sanitari ai quali il progetto si rivolge**

*(max 5.000 caratteri)*

*Descrivere i contenuti che avranno i curriculum dei sanitari selezionati per i progetti*

**Copertura finanziaria del progetto**

*(max 3.000 caratteri)*  
*Descrivere le modalità e le fonti con le quali si intende garantire la copertura finanziaria del progetto per la parte eccedente il contributo.*  
*Esempio:*

<b>TOTALE PROGETTO</b>	€ _____
<b>CONTRIBUTO RICHIESTO</b>	€ _____
<b>ALTRI FINANZIAMENTI</b>	€ _____
<b>MEZZI PROPRI</b>	€ _____
<b>TOTALE FONTI DI COPERTURA</b>	€ _____

**N.B. Allegare il budget/preventivo di spesa del progetto con voci dettagliate, evidenziando le voci che saranno coperte dal contributo FNOMCeO**

*Luogo e Data*

Timbro e firma del Legale Rappresentante



CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER LA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL REGOLAMENTO FNOMCeO PER L'ANNO 2016 PER IL SOSTEGNO FINANZIARIO A INIZIATIVE PER LA FORMAZIONE E L'AGGIORNAMENTO DI MEDICI E ODONTOIATRI DA INVIARE NEI PAESI IN VIA DI SVILUPPO

*da redigere in carta semplice*

Preso atto che il D.Lgs 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali - garantisce che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali, nonché della dignità delle persone fisiche, con particolare riferimento alla riservatezza e all'identità personale e che, richiede, tra l'altro, il consenso scritto degli interessati per la comunicazione e per la diffusione di dati personali:

Il sottoscritto .....,  
 nato a ..... il .....,  
 residente a ..... CAP....., in Via  
 ....., in qualità di Legale Rappresentante  
 dell'Associazione/Ente/ecc. ....

esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali, alla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, necessari all'istruzione ed alla gestione della pratica relativa all'assegnazione del contributo a sostegno di iniziative per la formazione e l'aggiornamento di medici e odontoiatri da inviare nei Paesi in Via di Sviluppo – anno 2016.

Data .....

FIRMA .....

**INFORMATIVA PRIVACY**

Ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - Codice in materia di protezione dei dati personali - si rendono le seguenti informazioni:

- i dati personali sono richiesti, raccolti e trattati per lo svolgimento delle specifiche funzioni istituzionali e nei limiti previsti dalla relativa normativa;
- la comunicazione o la diffusione dei dati personali a soggetti pubblici o privati sarà effettuata solo se prevista da norme di legge o di regolamento o se risulta necessaria per lo svolgimento delle funzioni istituzionali;
- l'interessato potrà in ogni momento esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196;
- il titolare dei dati trattati è il Direttore Generale della FNOMCeO;
- il responsabile del trattamento dei dati è il Funzionario Responsabile dell'Ufficio del Personale.