

Al  
Consiglio Direttivo  
dell'Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri  
della Provincia di Trieste  
Piazza Goldoni 10  
34122 TRIESTE

**Richiesta patrocinio.**

Evento:

Richiedente: dott./dott.ssa  
iscritto/a all'Albo Medici Chirurghi/Odontoiatri dell'Ordine Provinciale di Trieste:

Medico/Odontoiatra invitato in rappresentanza dell'Ordine (Consiglio Direttivo, Commissione Odontoiatri):

Organizzatori:

Responsabile scientifico:

Provider:

Sponsor:

Enti patrocinatori:

Data:

Firma:

**Si allega il programma definitivo della manifestazione.**