

**MODULO RICHIESTA PREVENTIVA CLINIC MB**

da inviare esclusivamente Via fax al numero **06.36856624 – 06.62276235**

Si prega di compilare tutte le informazioni richieste

**Informazioni CLINIC**

<b>Comitato Territoriale FIP richiedente</b>		
<b>Data di svolgimento</b> (periodo)	dal	al
<b>Luogo di svolgimento</b> (città, provincia, indirizzo)		
<b>Numero ore previste di lezione</b>		
<b>Numero iscrizioni previste</b>		
<b>Organizzatore CLINIC</b> (Comitato o Nome + Codice Centro)		
<b>Richiesta Tecnico Federale</b> (eventuale)	SI	NO

**Breve descrizione del Programma del CLINIC**

Si precisa che, una volta ottenuto parere positivo alla richiesta del Clinic, il Comitato dovrà effettuare formale richiesta di autorizzazione esclusivamente attraverso la procedura AMICO, utilizzando il campo "corsi di aggiornamento".

Si precisa, altresì, che le spese di viaggio, vitto e alloggio di eventuali Tecnici Federali incaricati esclusivamente dal Settore, saranno completamente a carico del Comitato organizzatore del Clinic stesso.

**FIRMA DEL PRESIDENTE E TIMBRO DEL COMITATO**