

nome azienda richiedente

INSERIRE LOGO E NOME AZIENDA

**Alla Presidente  
dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche  
Corso di Porta Nuova 52 - Milano**

logo azienda

Il/la sottoscritto/o
In qualità di
Denominazione
Con sede in via
Comune
Telefono
E-MAIL

**CHIEDE IL PATROCINIO  
dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di  
Milano, Lodi, Monza e Brianza**

per la seguente iniziativa dal titolo
Che si svolgerà presso
In data

**Allega il programma dettagliato dell'Evento pena la non concessione del Patrocinio**

\_\_\_\_\_  
Firma autografa

timbro

\_\_\_\_\_  
Spazio riservato alla Segreteria