



MODULO DI PRE-ISTRUTTORIA

PER LA REALIZZAZIONE DI PROGRAMMI DI MICROCREDITO FINANZA AD IMPATTO SOCIALE E
LO SVILUPPO E LA DIFFUSIONE DELLA CULTURA DELLA MICROFINANZA

**ALL'ORDINE DEI
MEDICI CHIRURGHI E DEGLI
ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI**

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Residenza _____

Domicilio _____

Codice fiscale _____

Telefono fisso _____ Cellulare _____

PEC _____

E-MAIL _____

Iscritto all'OMCeO di _____

Specializzazione in _____

Possesso di PARTITA IVA da non più di cinque anni

SI

NO

A tal fine, ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e successive modificazioni, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. in caso di falsità e dichiarazioni mendaci,

CHIEDE

In qualità di :

Medico

Odontoiatra

Rappresentante legale di società STP _____

MODULO DI PRE-ISTRUTTORIA

MODULO B

TIPOLOGIE DEL PROGETTO/PROGRAMMA FINANZIABILE:

➤ **ACQUISTO APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI**

Tipologia – Descrizione – Marca -Modello (Allegato)

- Nominativo Azienda Venditrice

- Preventivo (Allegato)

➤ **ACQUISTO AUTOVETTURA**

Preventivo (Allegato)

se attività prevalente di consulenza e domiciliare importo =

➤ **COSTI RELATIVI ALLA GESTIONE DELL'IMMOBILE DA DEDICARE ALL'AMBULATORIO PROFESSIONALE**

-Spese Di Caparra Importo =

- Spese Di Locazione (Prime Sei Mensilità) Importo =

- Ristrutturazione Importo previsto=

- Arredi Non Specialistici Importo previsto =

➤ **COSTI RELATIVI ALL'INFORMATIZZAZIONE E ALLA DIGITALIZZAZIONE DELL' AMBULATORIO**

- Acquisto computers importo =

- Acquisto software importo =

- Costi di formazione informatica importo =

➤ **COSTI RELATIVE AL PERSONALE DELL'AMBULATORIO**

-Neoassunzione del personale - prime 6 mensilità di stipendio importo =

➤ **COSTI PREVISTI PER LE CONSULENZE PROFESSIONALI NECESSARIE ALL'APERTURA DELL'AMBULATORIO**

- Commercialista importo =

-Tecnici radiografici importo =

-Tecnici per i rapporti di autorizzazione con gli enti locali per le richieste delle autorizzazioni importo-

➤ **COSTI PREVISTI RELATIVI ALLA FORMAZIONE PROFESSIONALE**

-Corsi di formazione specialistica importo =

- Corsi ecm importo =

- Masters accademici importo =

- Corsi di educazione finanziaria importo =

IMPORTO PREVISTO TOTALE EURO



FNOMCeO
Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

MODULO C

DICHIARAZIONE A CURA DELL'OMCEO

DOTT. _____

Data di nascita _____

Luogo di nascita _____

Iscrizione Albo Provinciale dei Medici Chirurghi di _____ n. _____

Iscrizione Albo Provinciale degli Odontoiatri di _____ n. _____

Si dichiara che l'iscritto _____ è in regola con il pagamento dei contributi
dell'anno _____

FIRMA

PRESIDENTE OMCEO