

**BANDO PER L'AGGIUDICAZIONE DEL SOSTEGNO FINANZIARIO FNOMCeO  
A INIZIATIVE PER LA FORMAZIONE E L'AGGIORNAMENTO DI MEDICI E  
ODONTOIATRI DA INVIARE NEI PAESI IN VIA DI SVILUPPO – ANNO 2017**

**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)*

**Monitoraggio e valutazione**

- *Soggetti valutatori*
  
- *Strumenti di valutazione*
  
- *Indicatori di valutazione*

**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:*

**TOTALE PROGETTO** € \_\_\_\_\_

CONTRIBUTO RICHIESTO € \_\_\_\_\_

ALTRI FINANZIAMENTI € \_\_\_\_\_

MEZZI PROPRI € \_\_\_\_\_

**TOTALE FONTI DI COPERTURA** € \_\_\_\_\_

**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