

LA FONDAZIONE ROTARY DEL ROTARY INTERNATIONAL
PREMIO PER SERVIZI EMINENTI PER UN MONDO LIBERO DALLA POLIO

Modulo di nomina
Scadenza: 1° novembre

Si prega di inviare questo modulo allo staff del programm PolioPlus della Fondazione Rotary via email a polioplus@rotary.org oppure via fax al numero +1 847-556-2189.

Questa è la proposta per il conferimento di un Premio per servizi eminenti:

(spuntarne uno)

Nell'ambito della Regione (Regione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità).

o

Nell'ambito Internazionale (per servizi oltre la Regione).

Informazioni sul candidato:

Nome _____

Cognome

Nome

Indirizzo _____

Paese _____

Rotary Club _____ Distretto _____

Informazioni sul proponente:

Nome _____

Cognome

Nome

Indirizzo _____

Rotary Club _____ Distretto _____

Qual è la relazione del proponente con il candidato (Dal Governatore al membro di commissione di distretto o club, dal presidente Comitato Nazionale al membro del Comitato Nazionale, ecc.)?

**SOLO IL SERVIZIO DAL 1° NOVEMBRE 1992 PUÒ ESSERE PRESO IN
CONSIDERAZIONE**

Servizio:

Spiegare in dettaglio per quali ragioni il candidato merita il riconoscimento in qualità di singolo individuo, attivo, non contribuente finanziario, per l'eradicazione della polio; per quale ragione il suo contributo è stato straordinario, e quando è stato effettuato. Se la nomina è stata presentata per un premio a livello internazionale, spiegare il motivo per cui il servizio è più ampio di quello limitato ad una singola regione OMS.

Servizio nelle commissioni:

Il candidato ha servito nelle seguenti commissioni:

- Commissione PolioPlus di Club Anno(i) _____ - _____ Presidente Anno(i) _____ - _____
- Commissione Nazionale PolioPlus Anno(i) _____ - _____ Presidente Anno(i) _____ - _____
- Commissione Regionale PolioPlus Anno(i) _____ - _____ Presidente Anno(i) _____ - _____
- Commissione Internazionale PolioPlus Anno(i) _____ - _____ Presidente Anno(i) _____ - _____
- PolioPlus Partner Anno(i) _____ - _____ Presidente Anno(i) _____ - _____
- Portavoce PolioPlus Anno(i) _____ - _____ Presidente Anno(i) _____ - _____
- IPPC Consulente/consigliere Anno(i) _____ - _____ Presidente Anno(i) _____ - _____

N. B.: I servizi di cui sopra non sono obbligatori per ricevere il riconoscimento, ma possono aiutare per giudicare il servizio e determinare l' idoneità.

Firma