

 <p>ASSOCIAZIONE Teseo Provider ECM Nazionale Standard n 187</p>	 <p>E.C.M. Commissione Nazionale Formazione Continua</p>	 <p>agenas.</p>	 <p>AS. ME. CO.</p>
Titolo del programma: Anzianità anagrafica e idoneità lavorativa		n°	211905
sede: <i>Ospedale del Mare - Sala convegni Via Enrico Russo, Ponticelli Napoli</i>		data	14/12/2017

Oggetto:	SCHEDA DI PARTECIPAZIONE						Mod. n°	30	Rev. n°	3	del	05/01/2012
Cognome e nome												
Luogo di nascita										Data Nascita	/ /	
Codice fiscale (16 lettere e numeri)												
Indirizzo	n°											
CAP												
	Città										Prov.	
Professione							Specializzazione (solo x medici)					
Ordine Professionale <input type="checkbox"/> Collegio Professionale <input type="checkbox"/>	Associazione Professionale riconosciuta CO.GE.APS <input type="checkbox"/>						Nome organizzazione			provincia/regione	n°	
Libero professionista <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Convenzionato <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì		Dipendente <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì									
Telefono							CELLULARE					
Indirizzo e-mail (leggibile)	@						Socio ASMECO 2017			<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	
Intestazione fattura	<input type="checkbox"/> PERSONALE	<input type="checkbox"/> ALTRO	INTESTAZIONE				VIA		CITTA'			
P. Iva (11 numeri)												
Dati pagamento	NB numero chiuso - (data pagamento elemento preferenziale in caso di superamento tetto)		BONIFICO BANCARIO				C/ C INTESTATO A:			BANCA		
<input type="checkbox"/> 35.00 € (Soci ASMECO, TPALL, INFERMIERI)	<input type="checkbox"/> 50.00 € (Non Soci ASMECO)		<input type="checkbox"/> 25.00 € (Specializzandi non Soci ASMECO)		DEL		/	/	CRO			

Beneficiario: ASSOCIAZIONE TESEO - Banca Popolare dell'Emilia Romagna IBAN: IT15L053870340700001303508

- CAUSALE DEL BONIFICO BANCARIO: indicare cognome e nome del partecipante e corso
- SCHEDA D'ISCRIZIONE: compilare a stampatello tutti i campi; l'assenza di estremi del pagamento può inficiare l'iscrizione
- RINUNCIA AL CORSO: fino 30 gg prima diritto ad una restituzione del 50%. Oltre nulla è dovuto.

Consapevole dei risvolti di legge per chi rilasci dichiarazioni mendaci, il sottoscritto accetta le condizioni previste ed attesta che:

- Non è stato invitato a partecipare all'evento da nessuna Azienda Farmaceutica/produttrice di dispositivi medici (a spese dell'azienda od al)
- E' stato invitato a partecipare all'evento, a spese dell'azienda farmaceutica/produttrice dispositivi medici: _____

P.S.: informazioni espressamente richieste dal Ministero della Salute AGENAS per l'attribuzione dei crediti ai partecipanti.

Con la firma in calce si attesta quanto sopra e si autorizza l'Associazione Teseo - Provider n°187 Albo Nazionale

- al trattamento dei dati per tale esclusivo impiego ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 196/03
- alla spedizione a mezzo e-mail in formato PDF di fattura, esito prova, certificazione crediti e materiale informativo

Data _____

Firma x esteso _____

Per una migliore comunicazione delle attività formative e per usufruire dei servizi online, è gradita registrazione sulla piattaforma Teseo al seguente indirizzo: www.teseoformazione.it/fad/login/index.php

crediti ECM 7,0 - agli aventi diritto (vedi locandina)

Determina della CNFC del 18/1/2011 sulla regolamentazione del reclutamento dei partecipanti da parte degli sponsor

La Commissione premette che per "reclutamento" si intende il rapporto diretto tra lo sponsor e il partecipante all'evento formativo, che beneficia di vantaggi economici e non, per la partecipazione all'evento formativo stesso e che possono essere rappresentati dall'esonero del costo dell'iscrizione al corso, ai costi relativi, ai trasferimenti, pernottamenti e così via, stabilisce quanto segue: ≈ omissis ≈
Ogni professionista sanitario - all'atto della partecipazione all'evento formativo - deve consegnare al Provider dell'evento una copia dell'invito o una dichiarazione sottoscritta attestante l'invito, con firma autografa e leggibile unitamente ai propri dati anagrafici (c. f., nome, cognome, libero professionista/dipendente, professione, disciplina, nome sponsor). ≈ omissis ≈
Il Provider, al fine di trasmettere correttamente i report dei partecipanti alla Commissione Nazionale per la Formazione Continua ECM o agli enti accreditanti e al Co.Ge.A.P.S., deve rammentare al partecipante il limite massimo di 1/3 dei crediti formativi ricondotti al triennio di riferimento acquisibili mediante reclutamento diretto e - all'atto della compilazione del report contenente l'elenco dei partecipanti ai corsi ECM - deve indicare negli appositi spazi il nome dello sponsor. ≈ omissis ≈
L'ordine, il collegio o l'associazione, nei cui albi è iscritto il professionista sanitario, dovrà certificare i crediti formativi attestati dai Provider con invito a carico di uno o più sponsor, fino alla concorrenza di massimo 1/3 dei crediti formativi acquisiti nel triennio di riferimento (2011-2013).

Associazione di Formazione TESEO - Provider ECM Nazionale Standard n°187

P. IVA 04059951212

Via Supportico degli Astuti, 28 - 80132 Napoli

e-mail: info@teseoformazione.it sito: www.teseoformazione.it

cell. 3347359042 fax 0816580700 tel.0817644081