

 ASSOCIAZIONE Teseo Provider n°187 Albo Nazionale	 E.C.M. Commissione Nazionale Formazione Continua	 agenas.s.
Titolo del programma:	Oltre il libro	n°
sede	Sede – Centro Medico Riabilitativo Pompei via S.S. 145 n.90 POMPEI - NA	data
		01/12/2018

Oggetto:	SCHEDA di PARTECIPAZIONE – AUTOCERTIFICAZIONE			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				Specializzaz./ Disciplina (per 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"/> Si	Convenzionato <input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> Si	Dipendente <input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> Si	
Telefono				CELLULARE					
Indirizzo e-mail (leggibile)	@								
Intestazione fattura	INTESTAZIONE			VIA			CITTA'		CAP
<input type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ALTRO									
P. Iva (11 numeri)									
Dati pagamento N.B. numero chiuso (data pagamento elemento preferenziale in caso di superamento tetto)	BONIFICO BANCARIO		C/C INTESTATO a: (Se il partecipante è diverso dall'intestatario)						
	BANCA		EURO	,00	DEL	/ /	CRO		
Soci FLI			Non Soci FLI						
<input type="checkbox"/> 70,00 €			<input type="checkbox"/> 92,00 € (compresa Marca da bollo € 2,00)						

Beneficiario: ASSOCIAZIONE TESEO – Banca Popolare dell'Emilia Romagna Ag. 7 Napoli IBAN: IT15L0538703407000001303508

Nella CAUSALE DEL BONIFICO BANCARIO indicare COGNOME E NOME DEL PARTECIPANTE e CORSO in oggetto

- L'assenza degli estremi del pagamento può inficiare l'iscrizione.
- RINUNCIA AL CORSO: fino 30 gg prima si ha 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 Azienda Farmaceutica o produttrice di dispositivi medici a spese dell'azienda od altro)
- 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 Nazionale Standard ECM n°187

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 del GDPR (UE) 2016/679]

- alla spedizione, a mezzo e-mail, di fattura, esito verifica apprendimento, certificazione crediti e materiale informativo ai sensi del GDPR (UE) 2016/679]

Data _____

Firma x esteso _____

Inviare, unitamente alla copia del bonifico effettuato, a: info@teseoformazione.it o via fax allo 0816580700

Crediti ECM previsti: 8,6 per Logopedista; Medico chirurgo (Neuropsichiatra infantile, Pediatria); Psicologo - Corso a numero chiuso

Determina della CNFC del 18/01/2011 sulla regolamentazione dei 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 TESEO - Provider Nazionale Standard ECM 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