

 <p><b>ASSOCIAZIONE Teseo</b> Provider Nazionale Standard ECM n°187</p>					
			<b>IL TNPEE: sviluppi della professione</b> <b>Nuovo quadro istituzionale, clinica e ricerca</b>		n°
			<b>Tipologia corso</b> <i>Corso FAD</i>		data <b>Dal 06/05/2020</b> <b>Al 31/12/2020</b>

<b>Oggetto:</b>	<b>ISCRITTI PIATTAFORMA TESEO</b>						Mod. n°	38	Rev. n°	3	del	05/01/2014
<b>Cognome e nome</b>												
<b>Codice fiscale (16 lettere e numeri)</b>												
<b>N.B. Inviando la presente si conferma la correttezza dei dati forniti in fase di registrazione sulla "piattaforma Teseo"</b>												
Inviare la presente unitamente alla copia del bonifico effettuato, a: <a href="mailto:info@teseoformazione.it">info@teseoformazione.it</a> o via fax allo 0816580700												

<b>Modalità di pagamento</b>			X
<b>PROFESSIONISTI</b>	Tutti i professionisti previsti	€ 30,00	
<b>STUDENTI – ALTRE FIGURE</b>		€ 30,00	

<b>Dati pagamento</b> 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	30,00 €	DEL	/	/	CRO					

**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

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 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 \_\_\_\_\_

*Crediti ECM previsti 10 per TNPEE*

**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).