

 <b>ASSOCIAZIONE Teseo</b> Provider n°187 Albo Nazionale	 <b>E.C.M.</b> Commissione Nazionale Formazione Continua	 agena.s.	
Titolo del programma:	<b>Disturbi Specifici dell'Apprendimento - diagnosi e certificazione</b>	n°	<b>311011</b>
sede	<b>Via lago di Misurina 12 Tivoli (RM)</b>	data	<b>09/01/2021 21/03/2021</b>

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 <input type="checkbox"/>	Convenzionato <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Dipendente <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	
Telefono					CELLULARE				
Indirizzo e-mail (leggibile)	@								
Intestazione fattura	INTESTAZIONE			VIA			CITTA'		CAP
<input type="checkbox"/> PERSONALE	<input type="checkbox"/> ALTRO								
P. Iva (11 numeri)									
<input type="checkbox"/> euro 650,00 – quota intera			<input type="checkbox"/> euro 600,00/cad – quota gruppi 5 unità			<input type="checkbox"/> euro 500,00 – quota scontata entro 31/12/2020			
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			

**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 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](mailto:info@teseoformazione.it) o via fax allo 0816580700**

**Crediti ECM previsti: 50 Neuropsichiatria Infantile; Psicologo; Logopedista; Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'età evolutiva; Pediatria; Pediatria (Pediatri di Libera Scelta); Psichiatria; Psicoterapia; Audiologia e Foniatria, Medicina fisica e riabilitazione); Educatore Professionale; Terapista Occupazionale; Infermiere; Infermiere Pediatrico; Tecnico della riabilitazione psichiatrica. - 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).