

 <b>ASSOCIAZIONE TeSEO</b> Provider n°187 Albo Nazionale	 <b>E.C.M.</b> Commissione Nazionale Formazione Continua			
			Titolo del programma: <b>ORAL MOTOR THERAPY</b>	n°
sede	<b>Napoli</b>	data	<b>15-16/07/2023</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)											
Soci FLI					Non soci FLI						
<input type="checkbox"/> euro 270/00					<input type="checkbox"/> euro 300/00						
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: 13 per Logopedisti - 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](mailto:info@teseoformazione.it) sito: [www.teseoformazione.it](http://www.teseoformazione.it)**

**cell. 3347359042 fax 0816580700 tel.0817644081**