

 ASSOCIAZIONE <b>TeSEO</b> Provider n° 187 Albo Nazionale	 <b>E.C.M.</b> Commissione Nazionale Formazione Continua	 agenas.	0		
			Titolo del programma:	<b>PATOLOGIE NEUROMOTORIE ED ORTOPEDICHE: APPROCCIO TERAPEUTICO IN ETA' EVOLUTIVA SECONDO LA GESTIONE NEUROEVOLUTIVA DI KAREL E B. BOBATH</b>	n°
			sede	<b>MENTANA (Roma)</b>	data

Oggetto:	PARTECIPANTI : 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)						
Libero professionista	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si										
Convezionato	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si					Dipendente	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si			
Telefono						CELLULARE						
Indirizzo e-mail (leggibile)	@					Socio: .....			<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si		
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				
	Altro		EURO	,00		DEL	/ /		CRO			

**Beneficiario: ASSOCIAZIONE TESEO - B. Campania Ag. 7 Napoli IBAN : IT79 A053 9203 4070 0000 1303 508**

- CAUSALE DEL BONIFICO BANCARIO: indicare : cognome e nome del partecipante e **corso**
- SCHEDA D'ISCRIZIONE: compilare a stampatello, in 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 e da nessuna azienda 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: \_\_\_\_\_

PS :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

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

Data \_\_\_\_\_

Firma x esteso \_\_\_\_\_

**Crediti ECM -----previsti = 50**

**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 - Provider ECM n° 187 Albo Nazionale  
P.IVA 04059951212**

**Recapiti : Via Supportazione 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. 0812150751 tel.0817644081**