

| | | | |
|--|---|--|-----------------------------|
|  ASSOCIAZIONE TESEO Provider n°187 Albo Nazionale |  E.C.M. Commissione Nazionale Formazione Continua |  agen.a.s. | |
| Titolo del programma: | PATOLOGIE NEUROMOTORIE ED ORTOPEDICHE: APPROCCIO TERAPEUTICO IN ETA' EVOLUTIVA SECONDO LA GESTIONE NEUROEVOLUTIVA DI KAREL E BERTA BOBATH | | n° |
| sede | Mentana (RM) | | data 1-5 /11/2012 |

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|-----------------------------|--|-----------------------------|--|------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|
| 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"/> | Nome organizzazione | | | | provincia/regione | | | n° | | | |
| Associazione Professionale riconosciuta CO.GE.APS <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |
| Libero professionista | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | Convenzionato | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | Dipendente | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | | | |
| Telefono | | | | | CELLULARE | | | | | | |
| Indirizzo e-mail (leggibile) | @ | | | | | | Socio _____ | | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | |
| 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 | | |

Beneficiario: ASSOCIAZIONE TESEO – Banca della Campania Agenzia 7 Napoli IBAN: IT79 A053 9203 4070 0000 1303 508

- Nella CAUSALE DEL BONIFICO BANCARIO indicare COGNOME E NOME DEL PARTECIPANTE e CORSO
- 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 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: _____

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 dell'art. 13 D. Lgs. 196/ 03
- alla spedizione, a mezzo e-mail, di fattura, esito verifica apprendimento, 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 TESEO - Provider ECM n°187 Albo Nazionale
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