

 <b>ASSOCIAZIONE</b> <b>Teseo</b> Provider n°187 Albo Nazionale	 <b>E.C.M.</b> Commissione Nazionale Formazione Continua	 agenas.	 <b>IL PAGURO</b>
Titolo del programma:	<b>GLI AUSILI COME STRUMENTI FUNZIONALI NELLA TERAPIA IN ACQUA</b>		n°
sede	<b>LODI</b>		data <b>21/10/2012</b>

Oggetto:	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)					
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"/> 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 elementare preferenziale in caso di superamento tetto)	BONIFICO BANCARIO		C/ C INTESTATO A:					BANCA				
	altro		EURO	,00		DEL	/ /	CRO				

**Beneficiario: ASSOCIAZIONE TESEO – Banca della Campania Agenzia 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 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: \_\_\_\_\_

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 in formato PDF di fattura, esito prova, certificazione crediti e materiale informativo

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

### Crediti ECM previsti

**DESTINATARI ECM:** Medici Chirurghi special. in Med. Fisica e Riabilitazione e in Ortopedia; Fisioterapisti; T.N.P.E.E.; Educatori Professionali.

**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](mailto:info@teseoformazione.it) sito: [www.teseoformazione.it](http://www.teseoformazione.it)**  
**cell. 3347359042 fax 0816580700 tel.0817644081**