

 <p>ASSOCIAZIONE TESEO Provider ECM Nazionale Standard n 187</p>	 <p>E.C.M. Commissione Nazionale Formazione Continua</p>	 <p>agenas.</p>	
Titolo del programma:	<p align="center">Corso di formazione sull'intervento PACT Paediatric Autism Communication Therapy Livello 1</p>		n° 423177
sede	FAD		data Dal 15/07/2024 Al 14/07/2025

Oggetto:	ISCRITTI PIATTAFORMA TESEO MODULO ALLEGATO al BONIFICO BANCARIO	Mod. n°	38	Rev. n°	3	del	05/01/2014
Cognome e nome							
Codice fiscale (16 lettere e numeri)							
<p align="center">N.B. Inviando la presente si conferma la correttezza dei dati forniti in fase di registrazione sulla "piattaforma Teseo"</p>							
<p align="center">Inviare la presente unitamente alla copia del bonifico effettuato, a: info@teseoformazione.it</p>							

Modalità di pagamento			X
PROFESSIONISTI	Tutti i professionisti previsti	€ 280,00	
STUDENTI – ALTRE FIGURE		€ 280,00	

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	280,00 €	DEL	/ /	CRO		

Beneficiario: ASSOCIAZIONE TESEO – Banca Popolare dell'Emilia Romagna, Ag. 7 - Napoli IBAN: IT87Y053870345800001303508

Nella CAUSALE DEL BONIFICO BANCARIO indicare COGNOME E NOME DEL PARTECIPANTE e CORSO in oggetto

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 Nazionale Standard ECM n°187 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 _____

Crediti ECM previsti 5 per gli aventi diritto

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).