**Modulo A\_ richiesta accreditamento evento ECM**

RICHIEDENTE:

|  |
| --- |
| **DATI EVENTO** |
| TITOLO EVENTO FORMATIVO |  |
| SEDE |  |
| PERIODO DI SVOLGIMENTO | **(non rientrano nell’attività formativa certificata ECM iscrizione/break/test finale/qualità percepita)** |
| DURATA EFFETTIVA DELL'ATTIVITÀ FORMATIVA (IN ORE NON FRAZIONABILI) |  |
| NUMERO PARTECIPANTI  |  |
| RESPONSABILE SCIENTIFICO ALLEGARE CV | NOME e COGNOMECODICE FISCALEQUALIFICACV |
| DOCENTI/ MODERATORIALLEGARE CV | NOME e COGNOMECODICE FISCALERUOLO |
| RESPONSABILE SEGRETERIA ORGANIZZATIVA | NOME e COGNOMECODICE FISCALETELEFONOCELLULAREE-MAIL |
| PROGRAMMA DELL’EVENTOALLEGARE |  |
| VERIFICA DI APPRENDIMENTO DEI PARTECIPANTI | MODALITà |

|  |
| --- |
| **GESTIONE CONTABILE EVENTO** |
|  |  | **COSTI** | **TOT** |
| COMPILAZIONE A CARICO **COMITATO CRI** |      +    QUOTA PARTECIPATIVA |  |  |
| * SPESA DOCENTI/RESPONSABILI SCIENTIFICI
 |  |  |
| * SPESE MATERIALI DI CONSUMO

(MATERIALE DIDATTICO, DISPOSITIVI MEDICI ECC.) |  |  |
| COMPILAZIONE A CARICO **COMITATO NAZIONALE** | * CONTRIBUTO EVENTO AGE.NA.S.
 |  |  |
| * LA QUOTA A FAVORE DEL COMITATO NAZIONALE PER IL SUPPORTO ALLE SPESE DI GESTIONE, PARI AL 10% DEGLI RICAVI PREVISTI DAL COMITATO TERRITORIALE EROGATORE, AL NETTO DEL CONTRIBUTO AGE.NA.S.
 |  |  |
| * **QUOTA DA PAGARE AL PROVIDER CRI ENTRO IL**
 |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ASSENZA DI FINANZIAMENTI/ CONFLITTO DI INTERESSI | DICHIARA di non usufruire di finanziamenti, di qualsiasi natura, in favore dell’organizzazione e dell’erogazione dell’attività formativa.a) che le attività di ECM sono svolte con la collaborazione di (inserire la lista dei partner); b) che il/i partner (ossia i soggetti che partecipano, insieme al provider, all’organizzazione e alla gestione di eventi formativi in virtù di appositi accordi) non versa/non versano in alcuna delle condizioni previste dall’art. 45 comma 3 dell’Accordo del 2 febbraio 2017 con cui il Governo, le Regioni, e le Province autonome di Trento e Bolzano hanno approvato il documento “la Formazione Continua nel settore Salute”; c) che l’individuazione del Responsabile scientifico, l’organizzazione dell’evento, l’erogazione dei contenuti scientifici e la responsabilità dell’evento sono riconducibili al provider. |

 Data e Luogo

 Firma

\*Modulo per richiesta accreditamento evento da Inviare all’indirizzo *ecm@cri.it*