

## OBBLIGO DEL PARTECIPANTE

**Inviare obbligatoriamente il presente modulo prima dello svolgimento dell'evento compilato e firmato mezzo e-mail a [segreteria@mytimetandt.it](mailto:segreteria@mytimetandt.it) nel caso in cui il partecipante abbia avuto da parte di sponsor commerciale operante in ambito sanitario (no azienda ospedaliera o università) vantaggi anche parziali (iscrizione e/o viaggio e/o ospitalità) per la partecipazione all'evento.**

Estratti normative in vigore:

Age.Na.S. Manuale Professionista Sanitario del 6 dicembre 2018 Manuale sulla formazione continua del Professionista Sanitario

Art. 1.8

Reclutamento del Professionista Sanitario

*Si considera reclutato il professionista sanitario che, per la partecipazione ad eventi formativi, beneficia di vantaggi economici e non economici, diretti ed indiretti, da parte di imprese commerciali operanti in ambito sanitario, in quanto da queste individuato.*

*Non è possibile assolvere mediante reclutamento a più di un terzo del proprio obbligo formativo triennale, eventualmente ridotto sulla base di esoneri, esenzioni ed altre riduzioni.*

*Prima dell'inizio dell'evento, il professionista sanitario ha l'obbligo di dichiarare al provider il proprio reclutamento.*

Age.Na.S. Manuale Provider del 2 febbraio 2017 Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano - La formazione continua nel settore "Salute"

Art. 80.

Reclutamento dei discendenti

*1. Si considera reclutato il professionista sanitario che, per la partecipazione ad eventi formativi, beneficia di vantaggi economici e non economici, diretti ed indiretti, da parte di imprese commerciali operanti in ambito sanitario.*

*2. Il professionista sanitario non può assolvere a più di un terzo del proprio obbligo formativo mediante reclutamento.*

*3. Prima dell'inizio dell'evento, il professionista sanitario deve dichiarare al provider il proprio reclutamento e il mancato superamento del limite di cui al precedente comma. La violazione di tale obbligo viene segnalata dall'ente accreditante all'Ordine, Collegio, Associazione nazionale o loro Federazioni cui il professionista risulta iscritto.*

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PER LA MIA PARTECIPAZIONE ALL'EVENTO DAL TITOLO

"LA TERAPIA DIETETICA NUTRIZIONALE"

ID EVENTO "308795"

DICHIARO DI AVER BENEFICIATO DA **NOME SPONSOR** \_\_\_\_\_

IL SEGUENTE VANTAGGIO  QUOTA D'ISCRIZIONE  VIAGGIO  OSPITALITÀ

DICHIARO INOLTRE DI NON AVER SUPERATO IL LIMITE DI UN TERZO DEL MIO OBBLIGO FORMATIVO MEDIANTE RECLUTAMENTO

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA leggibile \_\_\_\_\_