

OBBLIGO DEL PARTECIPANTE

Allegare obbligatoriamente il presente modulo compilato e firmato in fase d'iscrizione 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

"NUOVI PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI NELLA PATOLOGIA TIROIDEA ED OSTEOMETABOLICA"

ID EVENTO "292499"

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 _____