OBBLIGO DEL PARTECIPANTE

È obbligatorio allegare il presente modulo compilato e firmato in fase di 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 terzodel 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 provideril 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 discenti

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 FORMAITVO ECM DAL TITOLO:

"GIORNATE GINECOLOGICHE PONTINE XXV EDIZIONE CORSO DI AGGIORNAMENTO IN GINECOLOGIA E OSTETRICIA " Sabaudia, 19-20 Aprile 2024

DICHIARO DI

☐ DI NON ESSERE STATO RECLUTATO

☐ DI ESSERE STATO RECLUTATO DA **SPONSOR**_____

CON ☐ **QUOTA DI ISCRIZIONE** ☐ **VIAGGIO** ☐ **OSPITALITÀ**
E DI NON AVER SUPERATO IL LIMITE DI UN TERZO DEL MIO OBBLIGO FORMATIVO MEDIANTE REC_UTAMENTO

DATA_____ FIRMA leggibile_____