

## 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 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 FORMATIVO ECM DAL TITOLO:

"CORSO BASE DI ECOCARDIOGRAFIA CLINICA" Roma, 10 Maggio 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 RECLUTAMENTO

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