

Evento residenziale ECM In ottemperanza dell'accordo, 12 febbraio 2017: Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano - La formazione continua nel settore "Salute"

**XXXII CONGRESSO NAZIONALE ANCE**

Auditorium Trevi  
Piazza della Pilotta 4  
ROMA

25/27 Maggio 2023

**ISCRIZIONE**

**Intendo partecipare all'Evento**

*Previsto in Programma del XXXII Congresso nazionale ANCE:*

**TITOLO:** .....

**Data:** .. .. .

**Aula:** .....

n.b.: si accettano iscrizioni fino a raggiungimento n. massimo partecipanti previsti

**IN STAMPATELLO**

*Restituire a: [segreteria.direzione@ancecardio.it](mailto:segreteria.direzione@ancecardio.it)*

COGNOME	
NOME	
CODICE FISCALE	
LAUREA	
SPECIALIZZAZIONE	
PROFESSIONE	
ISTITUTO	
CITTA'	
PROVINCIA	
INDIRIZZO	
C.A.P.	
RECAPITO TEL. (MOBILE)	
E-MAIL	

**ISCRIZIONE:**

**STANDARD**

**SEMPLICE**

(VED. INFORMAZIONI GENERALI IN PROGRAMMA)

**PARTECIPANTE**

**UDITORE**

Il/la sottoscritto/a:  
**DICHIARA**

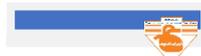
- Di aver ottenuto dal proprio Ente di Appartenenza, regolare autorizzazione alla partecipazione sponsorizzata all'evento formativo di cui sopra, in conformità alla norma vigente e/o al regolamento dell'Ente stesso*
- Di partecipare, previo reclutamento effettuato dal Provider ANCE Cardiologia Italiana del Territorio*

**DATI PERSONALI:** Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali.

Data:

Firma:

.....



Evento residenziale ECM In ottemperanza dell'accordo, 12 febbraio 2017: Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano - La formazione continua nel settore "Salute"

**XXXII CONGRESSO NAZIONALE ANCE**

Auditorium Trevi  
Piazza della Pilotta 4

**ROMA**

**25/27 Maggio 2023**

**OBBLIGO DEL PARTECIPANTE**

È obbligatorio allegare 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 (si prega specificare) 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.

Come da accordo, 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**

**X DICHIARO DI NON AVER BENEFICIATO ALCUN VANTAGGIO DA SPONSORIZZAZIONE**

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

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

