

DOMANDA PER IL RILASCIO DELL'ACCREDITAMENTO
DELLA FUNZIONE DI PROVIDER ECM DI CUI ALLA DGR N. 1333/2011

Al Responsabile del Servizio Relazioni con gli Enti SSR
Della Direzione Generale
Sanità e Politiche Sociali
della Regione Emilia-Romagna
Viale A. Moro 21
40127 BOLOGNA

Il sottoscritto nato a,
il.....,C.F....., in qualità di (titolare/legale
rappresentante) della, con sede legale
in.....(Pr....),ViaNr.....,
telefono.....fax.....
e-mail.....

chiede

il rilascio dell'accREDITAMENTO per la funzione di Provider ECM.

Allega la Documentazione richiesta.

Il legale rappresentante

data-----

allegato:

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà sottoscritta dal legale rappresentante, (utilizzando il modello di cui all'allegato n.2), contenente:

- a. Indicazione dell'eventuale partenariato con altre organizzazioni in possesso di requisiti necessari al richiedente per essere conforme a quanto richiesto dall'accREDITAMENTO;
- b. Esplicitazione della Ragione Sociale
- c. Esplicitazione della sede gestionale
- d. Impegno statutario nel campo della formazione continua in sanità (*solo per i privati*)
- e. L'attività formativa ECM residenziale è svolta esclusivamente all'interno del territorio della Regione Emilia-Romagna
- f. L'attività formativa ECM FAD è rivolta esclusivamente ad operatori del territorio regionale
- g. Assenza di conflitti di interessi nei finanziamenti delle iniziative formative organizzate (assenza di contributi da parte di soggetti con interessi lucrativi o non lucrativi nel campo sanitario, finalizzati alla realizzazione di singoli eventi)
- h. Assenza di interessi commerciali nell'ambito della Sanità da parte di quanti direttamente interessati all'attività ECM del provider (coniuge, affini e parenti fino al 2° grado)