

MODULO DI RICHIESTA DI SUPPORTO FORMATIVO – PARTE 1



CONFINDUSTRIA
Dispositivi Medici

Supporto Formativo per Eventi Formativi Organizzati da Terzi

..... agisce nel rispetto di diversi codici del settore di MedTech e Confindustria Dispositivi Medici nell'area geografica di riferimento che definiscono regole severe, chiare e trasparenti in merito alla relazione del settore con i Professionisti e le Organizzazioni sanitarie, incluso il sostegno alla formazione medica indipendente tramite supporti formativi.

Istruzioni – Leggere le seguenti informazioni prima di procedere alla compilazione del modulo

- Il Modulo di richiesta di supporto, Parte 1 e 2, dovrà essere presentato da un collaboratore di che inoltrerà la richiesta per conto del potenziale beneficiario del supporto formativo.
- **L'Organizzazione sanitaria o l'Organizzatore professionale di conferenze che presenta la richiesta di supporto formativo deve compilare e firmare la Parte 1 del modulo.** La Parte 2 deve invece essere compilata e firmata dal collaboratore diche presenta la richiesta di supporto.
- Il Modulo di richiesta di supporto formativo compilato e firmato (parti 1 e 2) e la documentazione a supporto dovranno essere inviati all'indirizzo email di riferimento:, per essere sottoposti a revisione dal Comitato per i supporti competente.
- I Moduli di richiesta di supporto dovranno essere presentati **almeno giorni prima dello svolgimento del/la primo/a evento/attività** corredati della relativa documentazione a supporto, ad eccezione, se del caso, degli eventi che rientrano nelle competenze del Conference Vetting System Medtech (CVS) o del Sistema di valutazione delle conferenze Confindustria Dispositivi Medici (Svc) e già valutati e dichiarati "conformi" dagli stessi. Le richieste non pervenute entro i termini sopra definiti saranno respinte.

PARTE 1 RISERVATA ALL'ORGANIZZAZIONE SANITARIA O AL PROFESSIONISTA SANITARIO CHE PRESENTA LA RICHIESTA DI SUPPORTO	
1. Dati del richiedente	
Nome e cognome/Ragione sociale del richiedente (Professionista od Organizzazione sanitaria)	
Indirizzo completo	
Responsabile dell'organizzazione (firma dell'organizzazione autorizzata alla sottoscrizione del contratto di supporto)	Nome e cognome: Posizione:
Persona di contatto richiedente	Nome e cognome: Posizione: Numero di telefono: Indirizzo email:
Dati bancari <i>(Il conto deve essere intestato all'entità che presenta la richiesta e non a persona fisica.</i> <i>Fornire in allegato un documento di certificazione della banca o documento simile)</i>	Nome della banca: Paese: Titolare del conto: Codice IBAN: Codice BIC o SWIFT:
Missione dell'organizzazione <i>(Fornire una descrizione della missione scientifico-formativa, del campo di attività, di rapporti di cooperazione o progetti di un certo rilievo)</i>	
Sito web	

2. Breve descrizione della richiesta di Supporto formativo	
Tipo di Supporto formativo <i>(spuntare una sola risposta)</i>	<input type="checkbox"/> Supporto per costi operativi relativi a 1 o più Eventi formativi organizzati in autonomia (compilare le sezioni ai punti 3. e 4.)
	<input type="checkbox"/> Supporto per la Partecipazione di professionisti sanitari a eventi formativi organizzati da Terzi (compilare le sezioni ai punti 3. e 5.) .
3. Dettagli dell'Evento	
(nel caso in cui la presente richiesta di supporto copra più eventi, fornire in allegato una descrizione dettagliata di ogni singolo evento)	
Titolo dell'evento	
Date	Data di inizio (gg/mm/aaaa): Data di fine (gg/mm/aaaa):
Luogo	Città: Paese:
Sede	Nome: Indirizzo: Sito web:
Area/e terapeutica/che o diagnostica/che dell'Evento formativo	
Obiettivo dell'Evento formativo <i>(Fornire una descrizione dettagliata dell'ambito di applicazione, delle finalità e degli esiti del programma)</i>	
Pubblico target dell'Evento formativo <i>(spuntare una sola risposta)</i>	<input type="checkbox"/> Locale/regionale <input type="checkbox"/> Nazionale <input type="checkbox"/> Internazionale
L'Evento Formativo è stato approvato dai Sistemi di valutazione conferenze di Medtech o di Confindustria Dispositivi	<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO

Medici?	
Se "NO", specificare la motivazione	<input type="checkbox"/> L'Evento non richiede l'approvazione poiché non rientra nel suo ambito di applicazione <input type="checkbox"/> L'Evento non è attualmente incluso nel calendario delle conferenze <input type="checkbox"/> L'Evento è attualmente incluso nel calendario delle conferenze come "DA VALUTARE" <input type="checkbox"/> L'Evento è stato dichiarato "NON CONFORME" nel calendario delle conferenze <input type="checkbox"/> Altro (specificare)...
4. Supporto richiesto ai fini dell'organizzazione dell'Evento formativo	
Importo dei fondi richiesti da (per l'Europa: in EUR; per EEMEA: in USD)	
Importo dei fondi esterni richiesti al settore complessivamente (per l'Europa: in EUR; per EEMEA: in USD)	
Percentuale del budget complessivo richiesto da	
<p>Fornire una descrizione dettagliata in merito all'uso che si intende fare del supporto formativo (è necessario allegare un documento separato relativo al budget)</p> <p><i>Nota:</i></p> <p><i>In generale, vengono concessi supporti formativi al solo scopo di coprire i costi relativi all'organizzazione dell'Evento formativo (ad esempio, l'affitto della struttura in cui si svolgerà l'evento) oppure i costi di iscrizione, viaggio e alloggio per i Professionisti sanitari partecipanti. Il supporto formativo non sarà erogato per coprire i costi relativi all'organizzazione di attività ludiche/ricreative o all'invito di coniugi/partner di Professionisti sanitari. Inoltre, non verranno erogati fondi per sostenere le spese operative ordinarie, i costi di gestione dell'organizzazione e altre voci di budget non direttamente connesse alla formazione.</i></p>	

Supporto richiesto ai fini della Partecipazione di professionisti sanitari all'evento formativo

Importo dei fondi richiesti da (per l'Europa: in EUR; per EEMEA: in USD)	
Importo dei fondi esterni richiesti al settore complessivamente (per l'Europa: in EUR; per EEMEA: in USD)	
Percentuale del budget complessivo richiesto da	
Paese/i di provenienza dei Professionisti sanitari per i quali è richiesto il supporto	
Fornire una descrizione della procedura di richiesta e i criteri in base ai quali verranno selezionati i beneficiari del supporto formativo	
Indicare il nome e/o la posizione della persona responsabile della selezione dei Professionisti sanitari che partecipano all'evento formativo	
<p>Fornire una descrizione dettagliata in merito all'uso che si intende fare del supporto formativo (ad esempio, il numero di Professionisti sanitari che si intende sostenere, l'importo medio proposto per i voli aerei per singolo Professionista sanitario (per l'Europa: in EUR; per EEMEA: in USD); l'importo medio proposto per le spese di iscrizione per singolo Professionista sanitario (per l'Europa: in EUR; per EEMEA: in USD) ecc.)</p> <p><i>In generale, vengono concessi supporti formativi al solo scopo di coprire i costi relativi all'organizzazione dell'Evento formativo (ad esempio, l'affitto della struttura in cui si svolgerà l'evento) oppure i costi di iscrizione, viaggio e alloggio per i Professionisti sanitari partecipanti. Il supporto formativo non sarà erogato per coprire i costi relativi all'organizzazione di attività ludiche/ricreative o all'invito di coniugi/partner di Professionisti sanitari. Inoltre, non verranno erogati fondi per sostenere le spese operative ordinarie, i costi di gestione dell'organizzazione e altre voci di budget non direttamente connesse alla formazione.</i></p>	

6. Supporto formativo precedente	
La sua organizzazione ha già inoltrato richiesta o ricevuto fondi da nel corso degli ultimi 2 anni solari	<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO
Se "SI'", indicare l'importo, la data e la destinazione del supporto formativo richiesto/concesso.	
7. Divulgazione trasparente	
In caso di approvazione, pubblicherà nella piattaforma sulla trasparenza di EthicalMedTech l'importo del supporto formativo versato, in conformità alle Linee guida sulla divulgazione e/o locali. Rispondere alle seguenti domande per consentire una corretta comunicazione:	
<input type="checkbox"/> Il richiedente è un'Organizzazione sanitaria	<p>In questo caso, fornire il numero di partita Iva dell'Organizzazione sanitaria necessario per l'identificazione a fini divulgativi</p> <p>Numero di partita Iva:</p> <p><i>Nota: Nel caso in cui non sia disponibile un numero di partita Iva, fornire un diverso dato identificativo che possa essere utilizzato in alternativa:</i></p>
<input type="checkbox"/> Il richiedente è un Organizzatore professionale di conferenze che agisce per conto di un'Organizzazione sanitaria	<p>In questo caso, fornire le seguenti informazioni:</p> <p><input type="checkbox"/> Nome e indirizzo completo dell'Organizzazione Sanitaria beneficiaria finale del supporto formativo:</p> <p>Nome:</p> <p>Indirizzo completo:</p> <p><input type="checkbox"/> Numero di Partiva Iva dell'Organizzazione sanitaria necessario per l'identificazione a fini divulgativi:</p> <p>Numero di partita Iva:</p> <p><i>Nota: Nel caso in cui non sia disponibile un numero di partita Iva,</i></p>

	<p><i>fornire un diverso dato identificativo che possa essere utilizzato in alternativa:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Indirizzo email dell'Organizzazione sanitaria che potrà utilizzare per la trasmissione delle informazioni relative alla divulgazione trasparente:</p> <p>Indirizzo email:</p>
<p>Il richiedente è un Organizzatore professionale di conferenze che agisce per proprio conto</p>	<p>In questo caso, fornire il numero di partita Iva dell'Organizzatore professionale di conferenze necessario per l'identificazione a fini divulgativi:</p> <p>Numero di partita Iva:</p> <p><i>Nota: Nel caso in cui non sia disponibile un numero di partita Iva, fornire un diverso dato identificativo che possa essere utilizzato in alternativa:</i></p>
<p>Il richiedente è un'Organizzazione sanitaria</p>	<p>In questo caso, fornire il numero di partita Iva dell'Organizzazione sanitaria necessario per l'identificazione a fini divulgativi</p> <p>Numero di partita Iva:</p> <p><i>Nota: Nel caso in cui non sia disponibile un numero di partita Iva, fornire un diverso dato identificativo che possa essere utilizzato in alternativa:</i></p>

8. Documentazione a supporto

Allegare al presente modulo la seguente documentazione a supporto:

- Una copia della versione più aggiornata del programma (bozza), dell'agenda e del materiale informativo relativo all'Evento formativo
- Nel caso di più eventi: una descrizione generale di tutti gli eventi nonché i dettagli per ciascun evento come da richiesta al punto 3
- Un budget (bozza) relativo alla destinazione specifica dei fondi
- Un documento della banca che certifichi i dati bancari
- Certificato di registrazione dell'azienda o delle imposte, certificato di esenzione fiscale, o altro documento che possa provare lo stato attuale dell'organizzazione
- Statuto o atto costitutivo nonché informazioni relative ai membri del Consiglio di amministrazione dell'Organizzazione sanitaria

Io, sottoscritto, dichiaro che:

Data

.....

Nome e Cognome

.....

Posizione

.....

Firma

.....