

MODULO DI RICHIESTA DI SUPPORTO FORMATIVO – PARTE 2



CONFINDUSTRIA
Dispositivi Medici

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

- Il Modulo di richiesta di supporto, Parti 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 di che 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, a 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.
- E' importante sottolineare che non vi è alcuna garanzia che venga concesso l'intero l'importo richiesto. può, a sua esclusiva discrezione, respingere o approvare la richiesta oppure approvarla per un importo inferiore.

PARTE 2 RISERVATA AL COLLABORATORE DI CHE PRESENTA LA RICHIESTA DI SUPPORTO	
1. Dati aziendali di	
Ragione sociale di	
Divisione di <i>In caso di più divisioni, specificare percentualmente la ripartizione del supporto tra le diverse divisioni.</i>	
Nome completo del collaboratore	
Posizione del collaboratore	
2. Breve descrizione della Richiesta di supporto formativo Descrivere il valore formativo della richiesta e specificare la misura in cui il supporto contribuisce al miglioramento di un'effettiva formazione medica nell'ambito delle aree terapeutiche in cui opera attivamente.	
3. L'Evento organizzato da Terzi oggetto della presente richiesta è incluso nell'elenco di Valutazione delle esigenze di divisione? Se no, specificarne le motivazioni.	

4. Specificare se intende sostenere in qualunque altro modo l'evento o gli eventi per cui è stata presentata la richiesta di supporto. Ad esempio, tramite sponsorizzazioni o allestimento di stand espositivi. Se sì, fornire una spiegazione e specificare il numero di riferimento del sistema di approvazione applicabile.

5. Specificare qualora siano in essere eventuali altri accordi tra l'Organizzazione sanitaria beneficiaria finale e (ad esempio, contratto di consulenza, contratto di sperimentazione clinica, contratto di R&S)

6. Specificare qualora vi siano procedure di appalto in essere o potenziali con l'Organizzazione Sanitaria beneficiaria finale. Se sì, fornirne i dettagli

7. Specificare se al Richiedente verranno comunicati criteri oggettivi per la selezione del Professionista sanitario che beneficerà dei fondi per la formazione di Se sì, fornirne i dettagli.

8. Specificare le modalità di pagamento (ad esempio, una tantum, a rate) e i termini e le condizioni di pagamento.

Io sottoscritto dichiaro, al meglio delle mie conoscenze e convinzioni che le informazioni fornite in tutte le parti nel presente documento, di cui sono responsabile, sono esaurienti, veritiere e corrette.

Dichiaro che l'Evento formativo organizzato da Terzi per il quale inoltro la presente richiesta di supporto, riveste un importante valore formativo nell'ambito dell'area terapeutica di riferimento della mia divisione in

Nell'inoltrare la presente richiesta, completa in tutte le sue parti, confermo che, per quanto in mia conoscenza, le seguenti dichiarazioni sono condivise, veritiere e corrette.

- Non sono a conoscenza di eventuali restrizioni legali in capo al beneficiario (ad esempio, restrizioni contrattuali da parte di terzi) che possano impedire a di erogare il Supporto Formativo.*
- Il contratto, o l'accordo, proposto non contravviene alla legge statunitense per la trasparenza contabile e contro la corruzione dei funzionari stranieri (U.S. Foreign Corrupt Practices Act, FCPA) o a qualsiasi legge contro la corruzione locale.*
- Confermo che non vi è alcuna intesa o contratto in essere con qualsivoglia Professionista sanitario in cui si dichiara che il Supporto formativo di è connesso all'uso o all'acquisto futuro o attuale dei prodotti di e confermo che non si intende in alcun modo, tramite la concessione del supporto, favorire nel mantenere od ottenere benefici o favori aziendali di o da parte di un Professionista sanitario o di un funzionario di governo coinvolto nell'organizzazione dell'evento o che possa beneficiare direttamente del supporto.*

Dipendente/i richiedente/i	Responsabile (locale) di Azienda/Divisione
Nome completo	
Firma	
Data	