DICHIARAZIONE UTILIZZO SUPPORTO FORMATIVO

CONFINDUSTRIA
Dispositivi Medici

[Nome dell'azienda associata sponsor] è lieta di aver sostenuto l'evento dal titolo [***]/ la partecipazione dei professionisti sanitari all'evento dal titolo [***] attraverso l'erogazione di un supporto formativo.
Con la presente si intende verificare che sia stato fatto un uso appropriato dei contributi erogati. La preghiamo pertanto cortesemente di compilare la dichiarazione contenuta nelle pagine che seguono.

Istruzioni – Leggere le seguenti informazioni prima di procedere alla compilazione della dichiarazione

- ***[Nome dell'azienda associata sponsor]*** richiede la sua collaborazione al fine di compilare e firmare la presente dichiarazione volta ad attestare l'uso appropriato dei fondi erogati a favore della sua Organizzazione sotto forma di Supporto Formativo. ***[Nome dell'azienda associata sponsor]*** rimanda al contratto sottoscritto tra la stessa e il beneficiario per la regolamentazione dell'erogazione del supporto formativo oggetto della presente dichiarazione ("**Contratto**") per qualsiasi riferimento in merito.

- É importante sottolineare che la presente dichiarazione è uno degli strumenti di cui ***[Nome dell'azienda associata sponsor]*** si avvale per verificare l'uso appropriato dei fondi erogati. A tal fine, e in base al sistema di valutazione del rischio di ***[Nome dell'azienda associata sponsor]***, potrebbero essere necessarie ulteriori fasi di riconciliazione, anche attraverso il supporto di auditor esterni.

- Si prega di riconsegnare il presente modulo compilato e firmato entro ***[inserire tempistica]*** dalla data di chiusura dell'evento.

Si ricorda che ***[Nome dell'azienda associata sponsor]*** opera nel rispetto del Codice Etico Confindustria Dispositivi Medici e (MedTech Europe) che stabilisce regole severe, chiare e trasparenti relative alle relazioni del settore con Professioni e Organizzazioni Sanitarie, compreso il sostegno alla formazione medica indipendente tramite l'erogazione di supporti per la formazione.

PARTE 1 - DICHIARAZIONE SOTTOSCRITTA DAL BENEFICIARIO DEL SUPPORTO FORMATIVO

Dati del Beneficiario del Supporto Formativo (riservato allo Sponsor)	
Nome completo del Beneficiario (HCO/Provider)	
Persona di Contatto firmataria della presente dichiarazione	Nome e cognome: Posizione: E-mail: Numero di telefono:
Descrizione del Supporto Formativo (riservato allo Sponsor)	
Descrizione	
Ammontare del Supporto Formativo	
Data di versamento	

Dichiarazioni (riservato al Beneficiario del Supporto Formativo)

☐ Confermo che il Supporto Formativo è stato utilizzato per gli scopi di cui all'art _____ del Contratto.

☐ Confermo che l'Evento Formativo finanziato tramite il presente supporto è stato valutato e dichiarato conforme dal Sistema di Valutazione delle Conferenze Confindustria Dispositivi Medici (SVC) o al Conference Vetting System di Ethical MedTech (CVS).

In caso contrario, si prega di fornire una spiegazione

_____

_____

☐ Confermo che l'ammontare complessivo del Supporto Formativo è stato utilizzato per coprire i costi diretti relativi all'Evento Formativo e/o alla partecipazione dei professionisti sanitari che ne hanno beneficiato. Dichiaro che non è stato reso disponibile alcun importo aggiuntivo a favore dell'organizzazione sanitaria/ del Provider per cui opero oltre a quelli utilizzati per sostenere le spese già saldate.

In alternativa: in caso di disponibilità di importi aggiuntivi, si prega di indicare l'ammontare dell'importo da restituire a: _____

EURO: _____

☐ Sono a conoscenza del fatto che il Trasferimento di Valore (l'ammontare del supporto formativo) sarà pubblicato conformemente a quanto previsto dal Codice Etico di Confindustria Dispositivi Medici/ sulla piattaforma nazionale istituita ai sensi della Legge n. 62 del 31 maggio 2022 (il cosiddetto "Sunshine Act italiano").

Dichiaro che il presente modulo è stato compilato per conto del Beneficiario del Supporto Formativo e che tutte le informazioni fornite nello stesso sono corrette e complete e veritiere.

Data

_____

Nome e Cognome

_____

Posizione

_____

Firma

_____