MODULO DI RICHIESTA DI SUPPORTO FORMATIVO DA PARTE DI HCO/PCO

CONFINDUSTRIA
Dispositivi Medici

SUPPORTO PER EVENTI FORMATIVI ORGANIZZATI DA TERZI

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

- Il presente modulo di richiesta di supporto è fornito da ***[Nome dell'azienda associata sponsor]*** all'Organizzazione sanitaria (**"HCO"**) o all'Organizzatore professionale di conferenze **("PCO")** ***[NOTA: selezionare opzione applicabile]*** ai fini della relativa compilazione.

- Il presente modulo, compilato e firmato a cura dell'HCO o del PCO (nel seguito identificati anche come "**Richiedente**"), e la documentazione a supporto, devono essere inviati al seguente indirizzo e-mail di riferimento: ***[indirizzo e-mail di riferimento dell'azienda associata sponsor]*.**

- Il modulo debitamente compilato e firmato deve essere presentato **almeno *[numero di giorni]* giorni prima dello svolgimento del/la primo/a evento/attività corredati della relativa documentazione a supporto**, ai fini della relativa revisione e approvazione da parte di ***[Nome dell'azienda associata sponsor]***. Le richieste non pervenute entro i termini sopra definiti saranno respinte.

- É importante sottolineare che non vi è alcuna garanzia che venga concesso l'intero l'importo richiesto. ***[Nome dell'azienda associata sponsor]*** può, a propria esclusiva discrezione, respingere o approvare la richiesta oppure approvarla per un importo inferiore.

1. Dati del Richiedente	
Ragione sociale	
Sede legale	
Rappresentante legale *(soggetto autorizzato alla sottoscrizione del contratto di supporto)*	Nome e cognome: Posizione:
Persona di contatto	Nome e cognome: Posizione: Numero di telefono: Indirizzo e-mail:
Dati bancari *(Il conto deve essere intestato all'entità che presenta la richiesta e non a persona fisica. Fornire in allegato un documento di certificazione della banca o documento simile)*	Nome della banca: Paese: Titolare del conto: Codice IBAN: Codice BIC o SWIFT:
Missione *(Fornire una descrizione della missione scientifico-formativa, del campo di attività, di rapporti di cooperazione o progetti di un certo rilievo)*	
Sito web	

2. Breve descrizione della richiesta di supporto formativo	
Tipo di supporto formativo *(spuntare una sola risposta)*	☐ Supporto per costi organizzativi relativi a uno o più eventi formativi organizzati in autonomia *(compilare le sezioni ai punti 3 e 4)*
	☐ Supporto per la partecipazione dei 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 (includere agenda)	
Obiettivo dell'evento formativo *(Fornire una descrizione dettagliata dell'ambito di applicazione, delle finalità e degli esiti del programma)*	
Pubblico target dell'evento formativo *(spuntare una sola risposta)*	☐ Locale/regionale ☐ Nazionale ☐ Internazionale
L'evento formativo è stato approvato dai Sistemi di Valutazione Conferenze di Medtech o di Confindustria Dispositivi Medici	☐ SI' ☐ NO

Se "NO", specificare la motivazione	☐ L'evento non richiede l'approvazione poiché non rientra nel suo ambito di applicazione ☐ L'evento non è attualmente incluso nel calendario delle conferenze ☐ L'evento è attualmente incluso nel calendario delle conferenze come "DA VALUTARE" ☐ L'evento è stato dichiarato "NON CONFORME" nel calendario delle conferenze ☐ Altro (specificare)…
4. Supporto richiesto ai fini dell'organizzazione dell'Evento formativo	
Importo richiesto *(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	
Fornire una descrizione dettagliata in merito all'uso che si intende fare del supporto formativo (è necessario allegare un documento separato relativo al budget) Nota: *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.*	

5. Supporto richiesto ai fini della partecipazione di professionisti sanitari all'evento formativo	
Importo dei fondi richiesti *(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	
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 Professionisti sanitari	
Indicare il nome e/o la posizione della persona responsabile della selezione dei Professionisti sanitari che partecipano all'evento formativo	
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 coinvolgere, 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.) *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.*	

6. Supporto formativo precedente	
Il potenziale beneficiario del supporto ha già inoltrato richiesta o ricevuto fondi da ***[Nome dell'azienda associata sponsor]*** nel corso degli ultimi 2 anni solari	□ SI' □ NO
Se "SÌ", indicare l'importo, la data e la destinazione del supporto formativo richiesto/ concesso.	
7. Divulgazione trasparente	
Il richiedente dichiara di essere a conoscenza del fatto che ***[Nome dell'azienda associata sponsor]*** aderisce a Confindustria Dispositivi Medici e al suo Codice Etico ed è pertanto soggetta all'obbligo di documentare e rendere pubblici i trasferimenti di valore effettuati direttamente o indirettamente nei confronti dei professionisti sanitari, delle organizzazioni sanitarie e delle terze parti, ai sensi del para 4 del Codice Etico di Confindustria Dispositivi Medici, disponibile qui: *https://www.confindustriadm.it/codice-etico/*. Gli obblighi di trasparenza di cui sopra decadranno automaticamente nel momento in cui entrerà in funzione il registro pubblico telematico denominato "Sanità Trasparente" di cui alla Legge n. 62 del 31 maggio 2022 (il cosiddetto "Sunshine Act italiano"). In relazione all'implementazione del Sunshine Act italiano, il richiedente collaborerà con ***[Nome dell'azienda associata sponsor]*** al fine di consentire a quest'ultima di adempiere ai propri obblighi di trasparenza di legge. In relazione a quanto sopra, il richiedente dovrà adempiere ad ogni e qualsiasi obbligo di trasparenza gravante sullo stesso. Rispondere alle seguenti domande per consentire una corretta comunicazione:	
□ Il richiedente è un'Organizzazione sanitaria	In questo caso, fornire il numero di partita Iva dell'Organizzazione sanitaria necessario per l'identificazione a fini divulgativi: *Nota:* *Nel caso in cui non sia disponibile un numero di partita Iva, fornire un diverso dato identificativo che possa essere utilizzato in alternativa* □ Indirizzo e-mail dell'Organizzazione sanitaria che ***[Nome dell'azienda associata sponsor]*** potrà utilizzare per la trasmissione delle informazioni relative alla divulgazione trasparente:

□ Il richiedente è un Organizzatore professionale di conferenze che agisce per conto di un'Organizzazione sanitaria	In questo caso, fornire le seguenti informazioni: Nome e indirizzo completo dell'Organizzazione Sanitaria beneficiaria finale del supporto formativo: Nome: Indirizzo completo: Numero di Partiva Iva dell'Organizzazione sanitaria necessario per l'identificazione a fini divulgativi: *Nota:* *Nel caso in cui non sia disponibile un numero di partita Iva, fornire un diverso dato identificativo che possa essere utilizzato in alternativa*
	□ Indirizzo e-mail dell'Organizzazione sanitaria che ***[Nome dell'azienda associata sponsor]*** potrà utilizzare per la trasmissione delle informazioni relative alla divulgazione trasparente:
□ Il richiedente è un Organizzatore professionale di conferenze che agisce per proprio conto	In questo caso, fornire il numero di partita Iva dell'Organizzatore professionale di conferenze necessario per l'identificazione a fini divulgativi: *Nota:* *Nel caso in cui non sia disponibile un numero di partita Iva, fornire un diverso dato identificativo che possa essere utilizzato in alternativa:*

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 e le agende 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'ente richiedente**
- **Statuto o atto costitutivo nonché informazioni relative ai membri del Consiglio di amministrazione dell'ente richiedente**

Io, sottoscritto, dichiaro che:

Data

_____

Nome e Cognome

_____

Posizione

_____

Firma

_____