

# MODULO DI RICHIESTA DI SUPPORTO FORMATIVO – PARTE 1



ASSOBIO MEDICA

## Supporto Formativo per Eventi Formativi Organizzati da Terzi

..... agisce nel rispetto di diversi codici del settore di MedTech e Assobiomedica 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 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, ad eccezione, se del caso, degli eventi che rientrano nelle competenze del Conference Vetting System Medtech (CVS) o del Sistema di valutazione delle conferenze Assobiomedica (Svc) e già valutati e dichiarati "conformi" dagli stessi. Le richieste non pervenute entro i termini sopra definiti saranno respinte.

<b>PARTE 1</b> <b>RISERVATA ALL'ORGANIZZAZIONE SANITARIA O AL PROFESSIONISTA SANITARIO CHE PRESENTA LA RICHIESTA DI SUPPORTO</b>	
<b>1. Dati del richiedente</b>	
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	

<b>2. Breve descrizione della richiesta di Supporto formativo</b>	
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 <b>(compilare le sezioni ai punti 3. e 4.)</b>
	<input type="checkbox"/> Supporto per la Partecipazione di professionisti sanitari a eventi formativi organizzati da Terzi <b>(compilare le sezioni ai punti 3. e 5.)</b> .
<b>3. Dettagli dell'Evento</b>	
(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	<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO

Medtech o di Assobiomedica?	
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)...
<b>4. Supporto richiesto ai fini dell'organizzazione dell'Evento formativo</b>	
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>	

<b>6. Supporto formativo precedente</b>	
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.	
<b>7. Divulgazione trasparente</b>	
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**

.....