

DOMANDA DI ACCREDITAMENTO EVENTO ECM

Alla Commissione Nazionale

- Denominazione legale del provider / identificativo _____
 - _____
 - Tipologia dell'offerta formativa _____
 - Destinatari dell'evento _____
 - Titolo _____
 - Informazioni relative alla sede dell'evento _____
 - Data di inizio _____ Data di fine _____
 - Date intermedie (se presenti) _____
 - Obiettivo strategico, area di acquisizione competenze _____
 - Professioni e discipline a cui l'evento si riferisce _____
 - _____
 - Tipologia dell'evento _____
 - Numero partecipanti _____
 - Responsabili scientifici _____
 - Docente/relatore/tutor _____
 - Programma attività formativa - dettaglio attività _____
 - Brochure dell'evento si allega
 - Verifica apprendimento partecipanti si
 - Durata ore _____
 - Riepilogo obiettivi formativi si
 - Riepilogo metodologie didattiche si
 - Crediti ECM previsti _____
 - Responsabile segreteria organizzativa _____
 - Tipo materiale durevole rilasciato ai partecipanti _____
 - Quota di partecipazione € _____
 - Verifica presenza partecipanti si
 - Verifica a distanza di tempo delle ricadute formative si
 - Sponsorizzazioni _____
 - Altre forme di finanziamento _____
 - Partner _____
 - Dichiarazione di assenza di conflitto di interesse si allega
 - procedura di verifica della qualità percepita si
 - consenso scritto alla pubblicazione dei dati personali da parte dei soggetti si
- Data _____

Il Legale Rappresentante _____

Il/la sottoscritto/a _____ dichiara di essere a conoscenza che le informazioni ed i dati forniti nell'ambito di procedimenti amministrativi e per la fruizione di servizi erogati dall'Amministrazione saranno trattati in conformità all'Informativa pubblicata sul portale dello Stato www.sanmarino.sm – Canali Tematici "Informativa per il trattamento dei dati personali"