

Ministero della salute
Commissione nazionale per la formazione continua

E.C.M.

Educazione Continua in Medicina

Le schede d'iscrizione per organizzatori di eventi
formativi

Indice

1.1	Le schede d'inserimento relative alle varie tipologie di organizzatore	1
1.1.1	AZIENDA USL.....	1
1.1.2	AZIENDA OSPEDALIERA, POLICLINICO E ISTITUTO DI CURA PUBBLICO O EQUIPARATO	2
1.1.3	CASA DI CURA PRIVATA (ACCREDITATA O NON ACCREDITATA)	2
1.1.4	FONDAZIONE.....	3
1.1.5	ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO.....	4
1.1.6	ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ	4
1.1.7	ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE.....	5
1.1.8	MINISTERO, REGIONE, PROVINCIA AUTONOMA.....	5
1.1.9	ORDINE E COLLEGIO PROFESSIONALE.....	5
1.1.10	SCUOLA DI FORMAZIONE (SCUOLA, ISTITUTO, ENTE O AGENZIA)	6
1.1.11	SOCIETÀ O ASSOCIAZIONE PROFESSIONALE.....	6
1.1.12	SOCIETÀ O CASA EDITRICE.....	7
1.1.13	SOCIETÀ SCIENTIFICA.....	8
1.1.14	UNIVERSITÀ	8
1.1.15	ALTRO ENTE PUBBLICO	9
1.1.16	ALTRO SOGGETTO PRIVATO	9

1.1 Le schede d'inserimento relative alle varie tipologie di organizzatore

Questo documento raccoglie i dati richiesti al momento dell'iscrizione di un organizzatore di eventi formativi nel progetto ECM, distinti per le varie tipologie previste; inoltre, sono fornite alcune notizie utili per la relativa compilazione.

Le tipologie di organizzatori attualmente individuate sono:

- AZIENDA USL
- AZIENDA OSPEDALIERA, POLICLINICO E ISTITUTO DI CURA PUBBLICO O EQUIPARATO
- CASA DI CURA PRIVATA (ACCREDITATA O NON ACCREDITATA)
- FONDAZIONE
- ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO
- ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
- ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE
- MINISTERO, REGIONE, PROVINCIA AUTONOMA
- ORDINE E COLLEGIO PROFESSIONALE
- SCUOLA DI FORMAZIONE
- SOCIETÀ O CASA EDITRICE
- SOCIETÀ O ASSOCIAZIONE PROFESSIONALE
- SOCIETÀ SCIENTIFICA
- UNIVERSITÀ
- ALTRO ENTE PUBBLICO
- ALTRO SOGGETTO PRIVATO

Per alcune tipologie di enti pubblici, la cui organizzazione prevede livelli di autonomia gestionale, è prevista la possibilità di iscrizione a livelli diversi: in ogni caso, prima di procedere all'iscrizione di un nuovo organizzatore, il sistema visualizzerà l'elenco dei livelli organizzativi già presenti per l'ente.

Il file relativo **all'attività formativa pregressa svolta negli ultimi tre anni** dovrà contenere:

- per gli enti pubblici che hanno tra le proprie finalità la formazione continua del personale sanitario, una breve sintesi numerica degli operatori sanitari, distinti per professione, coinvolti nei propri eventi formativi ;
- per gli altri enti pubblici che hanno tra le proprie finalità la formazione, una breve sintesi dell'attività svolta per la formazione continua in campo sanitario, in termini di operatori coinvolti, eventualmente distinti per professione, e di ore di formazione erogate;
- per gli enti privati, il richiamo o meno alle finalità formative presenti nello statuto o atto costitutivo, l'elenco degli eventi formativi realizzati nel triennio specifici per professionisti del campo sanitario, corredati dai dati numerici di partecipazione, eventualmente distinti per professione, e dalle relative ore di formazione.

Il file relativo allo **statuto o atto costitutivo** dovrà riportare gli articoli ritenuti significativi dall'organizzatore per evidenziare le proprie finalità formative. E' sufficiente trasmettere solo i testi d'interesse e quindi, anche file in formato testo privo di immagini quali firme o timbri.

Si ricorda che tutti i dati immessi nel sistema saranno trattati solo ai fini del progetto ECM, e che quanto dichiarato dall'organizzatore corrisponde ad autocertificazione.

Per iscriversi è necessario collegarsi via internet all'indirizzo <http://ecm.sanita.it>, scegliere la sezione dedicata agli organizzatori di attività formative e, quindi, la funzione di registrazione.

Per qualsiasi chiarimento è possibile contattare l'help desk del Ministero della sanità al numero **064324393** (6 linee r.a.) lunedì – venerdì 8.30-18.30 sabato 8.30 – 13.00

1.1.1 AZIENDA USL

Per la tipologia "Azienda USL" è possibile richiedere l'iscrizione a livelli diversi, in particolare come:

- Azienda USL
- Dipartimento
- Distretto

I dati richiesti riguardano:

- la **Regione** di ubicazione dell'ente.
- la **denominazione dell'Azienda USL** scegliendola da una lista predefinita;
- il numero di **partita IVA** della struttura responsabile dell'organizzazione culturale/scientifica;
- se la richiesta d'iscrizione non è a livello di Azienda USL, è necessario indicare la **denominazione** di una delle strutture tra le varie tipologie previste (**dipartimento, distretto**) e il cognome e nome del relativo **responsabile**;
- l'**indirizzo** ed in numero civico;
- la **provincia** da un lista predefinita.
- il **comune**, scegliendolo da una lista predefinita dei comuni della provincia precedentemente scelta;
- il **C.A.P.**
- il **numero di telefono** (prefisso telefonico ed telefono) ove è possibile reperire la persona di responsabile della richiesta d'iscrizione che andrà successivamente indicata;
- il **numero di fax** (prefisso fax e fax) ove far pervenire eventuali comunicazioni da parte della Commissione Nazionale per la formazione continua;
- il **nome della persona** responsabile della richiesta d'iscrizione completa di Cognome e Nome;
- il **numero di telefono cellulare** necessario per effettuare il riconoscimento e la validazione della persona responsabile della richiesta completo di prefisso e numero;
- l'**indirizzo e-mail** presso il quale arriveranno i messaggi dal sistema E.C.M.;

E' richiesto l'invio di un file relativo all'attività formativa pregressa svolta negli ultimi tre anni

1.1.2 AZIENDA OSPEDALIERA, POLICLINICO E ISTITUTO DI CURA PUBBLICO O EQUIPARATO

Per la tipologia "AZIENDA OSPEDALIERA, POLICLINICO E ISTITUTO DI CURA PUBBLICO O EQUIPARATO", è possibile richiedere l'iscrizione a livelli diversi, in particolare come:

- Struttura (Azienda ospedaliera, policlinico, istituto di cura pubblico o equiparato)
- Dipartimento
- Reparto

I dati richiesti riguardano:

- la **Regione** di ubicazione dell'ente
- la **denominazione** della struttura (Azienda ospedaliera, policlinico, istituto di cura pubblico o equiparato) da una lista predefinita;
- il numero di **partita IVA**;
- se la richiesta d'iscrizione non è a livello di struttura, è necessario indicare le **denominazione del dipartimento** o del **reparto** ed il **cognome** e **nome** del relativo **responsabile**;
- l'**indirizzo** ed in **numero** civico;
- la **provincia** da un lista predefinita;
- il **comune**, scegliendolo da una lista predefinita dei comuni della provincia precedentemente scelta;
- il **C.A.P.**
- il numero di telefono (**prefisso telefonico** ed **telefono**) ove è possibile reperire la persona di responsabile della richiesta d'iscrizione che andrà successivamente indicata;
- il numero di fax (**prefisso fax** e **fax**) ove far pervenire eventuali comunicazioni da parte della Commissione Nazionale per la formazione continua;
- il nome della persona responsabile della richiesta d'iscrizione completa di **Cognome** e **Nome**;
- il numero di telefono cellulare necessario per effettuare il riconoscimento e la validazione della persona responsabile della richiesta completo di **prefisso** e **numero**;
- l'**indirizzo e-mail** presso il quale arriveranno i messaggi dal sistema E.C.M.

E' richiesto l'invio di un file relativo all'attività formativa pregressa svolta negli ultimi tre anni

1.1.3 CASA DI CURA PRIVATA (ACCREDITATA O NON ACCREDITATA)

Per la tipologia "Casa di cura privata" è possibile richiedere l'iscrizione a livelli diversi, in particolare come:

- Casa di cura privata
- Dipartimento

- Reparto

I dati richiesti riguardano:

- la **Regione** di ubicazione dell'ente.
- la denominazione della **Casa di Cura Privata** da una lista predefinita;
- il numero di **partita IVA**;
- se la casa di cura privata ha uno **statuto o atto costitutivo** scegliendo l'opzione **si** o **no**;
- se **si**, indicare gli **estremi** della registrazione **dello statuto o dell'atto costitutivo**;
- se la casa di cura privata è sede di attività formativa istituzionale, chiaramente riferibile a finalità dichiarate nello statuto o atto costitutivo o all'accREDITAMENTO con il SSN o con università, scegliendo l'opzione **si** o **no**;
- se la richiesta d'iscrizione non è a livello di casa di cura privata, è necessario indicare le **denominazione** di una delle strutture tra le varie tipologie previste (dipartimento, reparto) ed il **cognome** e **nome** del relativo **responsabile**;
- l'**indirizzo** ed in **numero** civico;
- la **provincia** da un lista predefinita;
- il **comune**, scegliendolo da una lista predefinita dei comuni della provincia precedentemente scelta;
- il **C.A.P.**
- il numero di telefono (**prefisso telefonico** ed **telefono**) ove è possibile reperire la persona di responsabile della richiesta d'iscrizione che andrà successivamente indicata;
- il numero di fax (**prefisso fax** e **fax**) ove far pervenire eventuali comunicazioni da parte della Commissione Nazionale per la formazione continua;
- il nome della persona responsabile della richiesta d'iscrizione completa di **Cognome** e **Nome**;
- il numero di telefono cellulare necessario per effettuare il riconoscimento e la validazione della persona responsabile della richiesta completo di **prefisso** e **numero**;
- l'**indirizzo e-mail** presso il quale arriveranno i messaggi dal sistema E.C.M.

Se ha statuto o atto costitutivo, è richiesto l'invio del file relativo

E' richiesto l'invio di un file relativo all'attività formativa pregressa svolta negli ultimi tre anni

1.1.4 FONDAZIONE

Per la tipologia "Fondazione" (esclusa quella riferita ad istituti di ricovero e cura a carattere scientifico per i quali esiste una apposita voce) i dati richiesti sono:

- la **denominazione**;
- il numero di **partita IVA**;
- gli **estremi** della registrazione **dello statuto o dell'atto costitutivo**;
- se la fondazione è sede di attività formativa istituzionale, chiaramente riferibile a finalità dichiarate nello statuto o atto costitutivo, scegliendo l'opzione **si** o **no**;
- l'**anno di fondazione**;
- il numero di **personale dipendente**;
- la **disponibilità di bilancio preventivo e consuntivo** scegliendo l'opzione **si** o **no**;
- se la **diffusione** della fondazione, in termini di composizione dei sostenitori, è a livello **regionale** o **nazionale**;
- se la fondazione svolge attività editoriale (**pubblicazioni**) riferita a **riviste** e ad **attività editoriali formative** scegliendo l'opzione **si** o **no**;
- la **composizione nominativa** (cognome e nome) degli **organi direttivi** della fondazione;
- l'**indirizzo** ed in **numero** civico;
- la **Regione** di ubicazione dell'ente.
- la **provincia** da un lista predefinita.
- il **comune**, scegliendolo da una lista predefinita dei comuni della provincia precedentemente scelta;
- il **C.A.P.**
- il numero di telefono (**prefisso telefonico** ed **telefono**) ove è possibile reperire la persona di responsabile della richiesta d'iscrizione che andrà successivamente indicata;
- il numero di fax (**prefisso fax** e **fax**) ove far pervenire eventuali comunicazioni da parte della Commissione Nazionale per la formazione continua;
- il nome della persona responsabile della richiesta d'iscrizione completa di **Cognome** e **Nome**;
- il numero di telefono cellulare necessario per effettuare il riconoscimento e la validazione della persona responsabile della richiesta completo di **prefisso** e **numero**;

- l'**indirizzo e-mail** presso il quale arriveranno i messaggi dal sistema E.C.M.

E' richiesto l'invio del file contenente lo statuto o atto costitutivo

E' richiesto l'invio di un file relativo all'attività formativa pregressa svolta negli ultimi tre anni per personale sanitario

1.1.5 ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO

Per la tipologia "Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico", è possibile richiedere l'iscrizione a livelli diversi, in particolare come:

- Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
- Dipartimento
- Reparto

I dati richiesti riguardano:

- la **Regione** di ubicazione dell'ente.
- il **nome istituto** da una lista predefinita;
- il numero di **partita IVA**;
- se la richiesta d'iscrizione non è a livello di istituto, è necessario indicare le **denominazione del dipartimento** o del **reparto** ed il **cognome** e **nome** del relativo **responsabile**;
- l'**indirizzo** ed in **numero** civico;
- la **provincia** da un lista predefinita;
- il **comune**, scegliendolo da una lista predefinita dei comuni della provincia precedentemente scelta;
- il **C.A.P.**
- il numero di telefono (**prefisso telefonico** ed **telefono**) ove è possibile reperire la persona di responsabile della richiesta d'iscrizione che andrà successivamente indicata;
- il numero di fax (**prefisso fax** e **fax**) ove far pervenire eventuali comunicazioni da parte della Commissione Nazionale per la formazione continua;
- il nome della persona responsabile della richiesta d'iscrizione completa di **Cognome** e **Nome**;
- il numero di telefono cellulare necessario per effettuare il riconoscimento e la validazione della persona responsabile della richiesta completo di **prefisso** (selezionabile da una lista predefinita) e **numero**;
- l'**indirizzo e-mail** presso il quale arriveranno i messaggi dal sistema E.C.M.

E' richiesto l'invio di un file relativo all'attività formativa pregressa svolta negli ultimi tre anni

1.1.6 ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Per la tipologia "Istituto Superiore di Sanità", è possibile richiedere l'iscrizione a livelli diversi, in particolare come:

- Istituto
- Laboratorio

I dati richiesti riguardano:

- il numero di **partita IVA**;
- se la richiesta d'iscrizione non è a livello di istituto, è necessario indicare le **denominazione del laboratorio** ed il **cognome** e **nome** del relativo **responsabile**;
- l'**indirizzo** ed in **numero** civico;
- la **regione** di ubicazione dell'ente.
- la **provincia** da un lista predefinita;
- il **comune**, scegliendolo da una lista predefinita dei comuni della provincia precedentemente scelta;
- il **C.A.P.**
- il numero di telefono (**prefisso telefonico** ed **telefono**) ove è possibile reperire la persona di responsabile della richiesta d'iscrizione che andrà successivamente indicata;
- il numero di fax (**prefisso fax** e **fax**) ove far pervenire eventuali comunicazioni da parte della Commissione Nazionale per la formazione continua;
- il nome della persona responsabile della richiesta d'iscrizione completa di **Cognome** e **Nome**;
- il numero di telefono cellulare necessario per effettuare il riconoscimento e la validazione della persona responsabile della richiesta completo di **prefisso** e **numero**;
- l'**indirizzo e-mail** presso il quale arriveranno i messaggi dal sistema E.C.M.

E' richiesto l'invio di un file relativo all'attività formativa pregressa svolta negli ultimi tre anni

1.1.7 ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE

Per la tipologia "Istituto Zooprofilattico Sperimentale" i dati richiesti sono:

I dati richiesti riguardano:

- la **denominazione** dell'istituto selezionabile da una lista predefinita;
- il numero di **partita IVA**;
- il nome della persona responsabile della richiesta d'iscrizione completa di **Cognome e Nome**;
- **l'indirizzo** ed in **numero** civico;
- la **regione** di ubicazione dell'ente.
- la **provincia** da un lista predefinita;
- il **comune**, scegliendolo da una lista predefinita dei comuni della provincia precedentemente scelta;
- il **C.A.P.**
- il numero di telefono (**prefisso telefonico** ed **telefono**) ove è possibile reperire la persona di responsabile della richiesta d'iscrizione che andrà successivamente indicata;
- il numero di fax (**prefisso fax** e **fax**) ove far pervenire eventuali comunicazioni da parte della Commissione Nazionale per la formazione continua;
- il nome della persona responsabile della richiesta d'iscrizione completa di **Cognome e Nome**;
- il numero di telefono cellulare necessario per effettuare il riconoscimento e la validazione della persona responsabile della richiesta completo di **prefisso** e **numero**;
- **l'indirizzo e-mail** presso il quale arriveranno i messaggi dal sistema E.C.M.

E' richiesto l'invio di un file relativo all'attività formativa pregressa svolta negli ultimi tre anni

1.1.8 MINISTERO, REGIONE, PROVINCIA AUTONOMA

Per la tipologia "Ministero, Regione, Provincia Autonoma" i dati richiesti sono:

- la denominazione dell'Ente
- la denominazione dell'ufficio che effettua la richiesta;
- il numero di **partita IVA**;
- **l'indirizzo** ed in **numero** civico;
- la **regione** da una lista predefinita;
- la **provincia** da un lista predefinita;
- il **comune**, scegliendolo da una lista predefinita dei comuni della provincia precedentemente scelta;
- il **C.A.P.**
- il numero di telefono (**prefisso telefonico** ed **telefono**) ove è possibile reperire la persona di responsabile della richiesta d'iscrizione che andrà successivamente indicata;
- il numero di fax (**prefisso fax** e **fax**) ove far pervenire eventuali comunicazioni da parte della Commissione Nazionale per la formazione continua;
- il nome della persona responsabile della richiesta d'iscrizione completa di **Cognome e Nome**;
- il numero di telefono cellulare necessario per effettuare il riconoscimento e la validazione della persona responsabile della richiesta completo di **prefisso** (selezionabile da una lista predefinita) e **numero**;
- **l'indirizzo e-mail** presso il quale arriveranno i messaggi dal sistema E.C.M.

E' richiesto l'invio di un file relativo all'attività formativa pregressa svolta negli ultimi tre anni

1.1.9 ORDINE E COLLEGIO PROFESSIONALE

Per la tipologia "Ordine e collegio professionale" i dati richiesti sono:

- la **professione** di appartenenza;
- la **Regione** di ubicazione dell'ente.
- la **denominazione** dell'ordine o del collegio professionale selezionabile da una lista predefinita (fornita dalla relativa Federazione);
- il numero di **partita IVA**;

- il **cognome e nome** del **presidente** dell'ordine o del collegio;
- **cognome e nome** dei membri del **consiglio direttivo**; sono disponibili 300 caratteri per fornire questi nomi ed un numero nella casella sottostante indica i caratteri disponibili rimanenti;
- **l'indirizzo** ed in **numero** civico;
- la **provincia** da un lista predefinita;
- il **comune**, scegliendolo da una lista predefinita dei comuni della provincia precedentemente scelta;
- il **C.A.P.**
- il numero di telefono (**prefisso telefonico** ed **telefono**) ove è possibile reperire la persona di responsabile della richiesta d'iscrizione che andrà successivamente indicata;
- il numero di fax (**prefisso fax** e **fax**) ove far pervenire eventuali comunicazioni da parte della Commissione Nazionale per la formazione continua;
- il nome della persona responsabile della richiesta d'iscrizione completa di **Cognome e Nome**;
- il numero di telefono cellulare necessario per effettuare il riconoscimento e la validazione della persona responsabile della richiesta completo di **prefisso e numero**;
- **l'indirizzo e-mail** presso il quale arriveranno i messaggi dal sistema E.C.M.

E' richiesto l'invio di un file relativo all'attività formativa pregressa svolta negli ultimi tre anni

1.1.10 SCUOLA DI FORMAZIONE (SCUOLA, ISTITUTO, ENTE O AGENZIA)

Per la tipologia "Scuola di formazione" i dati richiesti sono:

- la **denominazione**;
- il numero di **partita IVA**;
- se la scuola è **pubblica** o **privata**;
- se la scuola è privata:
 - ⇒ indicare gli **estremi** della registrazione **dello statuto o dell'atto costitutivo**;
 - ⇒ se lo statuto o atto costitutivo è basato su normativa **nazionale** o **regionale**;
 - ⇒ se la scuola è sede di attività formativa istituzionale, chiaramente riferibile a finalità dichiarate nello statuto o atto costitutivo, scegliendo l'opzione **si** o **no**;
- **l'anno di fondazione**;
- l'indirizzo completo della **sede** della **direzione amministrativa**;
- l'indirizzo completo della **sede** delle **attività formative**;
- il numero di **personale dipendente**;
- la **disponibilità di bilancio preventivo e consuntivo** scegliendo l'opzione **si** o **no**;
- cognome e nome del **direttore** della scuola,
- la **composizione nominativa** (cognome e nome) **degli organi amministrativi della scuola**;
- la **composizione** nominativa (cognome e nome) **del comitato scientifico didattico della scuola**;
- una breve esposizione (max. 300 caratteri) delle **attività formative pregresse** più significative della scuola;
- **l'indirizzo** ed in **numero** civico;
- la **regione** di ubicazione dell'ente.
- la **provincia** da un lista predefinita.
- il **comune**, scegliendolo da una lista predefinita dei comuni della provincia precedentemente scelta;
- il **C.A.P.**
- il numero di telefono (**prefisso telefonico** ed **telefono**) ove è possibile reperire la persona di responsabile della richiesta d'iscrizione che andrà successivamente indicata;
- il numero di fax (**prefisso fax** e **fax**) ove far pervenire eventuali comunicazioni da parte della Commissione Nazionale per la formazione continua;
- il nome della persona responsabile della richiesta d'iscrizione completa di **Cognome e Nome**;
- il numero di telefono cellulare necessario per effettuare il riconoscimento e la validazione della persona responsabile della richiesta completo di **prefisso** (selezionabile da una lista predefinita) e **numero**;
- **l'indirizzo e-mail** presso il quale arriveranno i messaggi dal sistema E.C.M.

E' richiesto l'invio del file contenente lo statuto o atto costitutivo

E' richiesto l'invio di un file relativo all'attività formativa pregressa svolta negli ultimi tre anni per personale sanitario

1.1.11 SOCIETÀ O ASSOCIAZIONE PROFESSIONALE

Per la tipologia "Società o Associazione Professionale" i dati richiesti sono:

- la **professione** di riferimento;
- la **denominazione**;
- il numero di **partita IVA**;
- gli **estremi** della registrazione **dello statuto o dell'atto costitutivo**;
- se la società o associazione professionale è sede di attività formativa istituzionale, chiaramente riferibile a finalità dichiarate nello statuto o atto costitutivo, scegliendo l'opzione **si** o **no**;
- l'**anno di fondazione**;
- il numero di **personale dipendente**;
- la **disponibilità di bilancio preventivo e consuntivo** scegliendo l'opzione **si** o **no**;
- se la **diffusione** della società o associazione professionale, in termini di composizione degli iscritti, è a livello **regionale** o **nazionale**;
- il **numero di iscritti**;
- se società o associazione professionale svolge attività editoriale (**pubblicazioni**) riferita a **riviste** e ad **attività editoriali formative** scegliendo l'opzione **si** o **no**;
- la **composizione nominativa** (cognome e nome) degli **organi direttivi ed istituzionali**;
- l'**indirizzo** ed in **numero** civico;
- la **regione** di ubicazione dell'ente.
- la **provincia** da un lista predefinita.
- il **comune**, scegliendolo da una lista predefinita dei comuni della provincia precedentemente scelta;
- il **C.A.P.**
- il numero di telefono (**prefisso telefonico** ed **telefono**) ove è possibile reperire la persona di responsabile della richiesta d'iscrizione che andrà successivamente indicata;
- il numero di fax (**prefisso fax** e **fax**) ove far pervenire eventuali comunicazioni da parte della Commissione Nazionale per la formazione continua;
- il nome della persona responsabile della richiesta d'iscrizione completa di **Cognome e Nome**;
- il numero di telefono cellulare necessario per effettuare il riconoscimento e la validazione della persona responsabile della richiesta completo di **prefisso e numero**;
- l'**indirizzo e-mail** presso il quale arriveranno i messaggi dal sistema E.C.M.

E' richiesto l'invio del file contenente lo statuto o atto costitutivo

E' richiesto l'invio di un file relativo all'attività formativa pregressa svolta negli ultimi tre anni per personale sanitario

1.1.12 SOCIETÀ O CASA EDITRICE

Per la tipologia "Società o Casa editrice" i dati richiesti sono:

- la **denominazione** della società editrice;
- il numero di **partita IVA**;
- gli **estremi** della registrazione **dello statuto o dell'atto costitutivo**;
- se la società editrice è sede di attività formativa istituzionale, chiaramente riferibile a finalità dichiarate nello statuto o atto costitutivo, scegliendo l'opzione **si** o **no**;
- l'**anno di fondazione**;
- l'**indirizzo** ed in **numero** civico;
- la **regione** da una lista predefinita;
- la **provincia** da un lista predefinita.
- il **comune**, scegliendolo da una lista predefinita dei comuni della provincia precedentemente scelta;
- il **C.A.P.**
- il numero di telefono (**prefisso telefonico** ed **telefono**) ove è possibile reperire la persona di responsabile della richiesta d'iscrizione che andrà successivamente indicata;
- il numero di fax (**prefisso fax** e **fax**) ove far pervenire eventuali comunicazioni da parte della Commissione Nazionale per la formazione continua;
- il nome della persona responsabile della richiesta d'iscrizione completa di **Cognome e Nome**;
- il numero di telefono cellulare necessario per effettuare il riconoscimento e la validazione della persona responsabile della richiesta completo di **prefisso e numero**;
- l'**indirizzo e-mail** presso il quale arriveranno i messaggi dal sistema E.C.M.

E' richiesto l'invio del file contenente lo statuto o atto costitutivo

E' richiesto l'invio di un file relativo all'attività formativa pregressa svolta negli ultimi tre anni relativa al settore sanitario, completa di riferimenti a pubblicazioni e di tutti gli elementi ritenuti utili a valutare tale attività.

1.1.13 SOCIETÀ SCIENTIFICA

Per la tipologia " Società scientifica" i dati richiesti sono:

- la **denominazione**;
- il numero di **partita IVA**;
- gli **estremi** della registrazione **dello statuto o dell'atto costitutivo**;
- l'**anno di fondazione**;
- se la società è sede di attività formativa istituzionale, chiaramente riferibile a finalità dichiarate nello statuto o atto costitutivo, scegliendo l'opzione **si** o **no**;
- il numero di **personale dipendente**;
- la **disponibilità di bilancio preventivo e consuntivo** scegliendo l'opzione **si** o **no**;
- se la **diffusione** della società , in termini di composizione degli iscritti, è a livello **regionale** o **nazionale**;
- il **numero di iscritti**;
- se la società svolge attività editoriale (**pubblicazioni**) riferita a **riviste** e ad **attività editoriali formative** scegliendo l'opzione **si** o **no**;
- la **composizione nominativa** (cognome e nome) degli **organi direttivi ed istituzionali** della società;
- una breve esposizione (max. 300 caratteri) delle **attività formative pregresse** più significative della società;
- l'**indirizzo** ed in **numero** civico;
- la **regione** di ubicazione dell'ente.
- la **provincia** da un lista predefinita.
- il **comune**, scegliendolo da una lista predefinita dei comuni della provincia precedentemente scelta;
- il **C.A.P.**
- il numero di telefono (**prefisso telefonico** ed **telefono**) ove è possibile reperire la persona di responsabile della richiesta d'iscrizione che andrà successivamente indicata;
- il numero di fax (**prefisso fax** e **fax**) ove far pervenire eventuali comunicazioni da parte della Commissione Nazionale per la formazione continua;
- il nome della persona responsabile della richiesta d'iscrizione completa di **Cognome** e **Nome**;
- il numero di telefono cellulare necessario per effettuare il riconoscimento e la validazione della persona responsabile della richiesta completo di **prefisso** e **numero**;
- l'**indirizzo e-mail** presso il quale arriveranno i messaggi dal sistema E.C.M.

E' richiesto l'invio del file contenente lo statuto o atto costitutivo

E' richiesto l'invio di un file relativo all'attività formativa pregressa svolta negli ultimi tre anni

1.1.14 UNIVERSITÀ

Per la tipologia "Università" è possibile richiedere l'iscrizione a livelli diversi, in particolare come:

- ateneo
- centro di ricerca
- dipartimento
- istituto
- facoltà
- scuola di specializzazione

I dati richiesti riguardano:

- la denominazione dell' **ateneo**;
- il numero di **partita IVA** della struttura responsabile dell'organizzazione culturale/scientifica;
- se la richiesta d'iscrizione non è a livello di ateneo, è necessario indicare la **denominazione** di una delle strutture tra le varie tipologie previste (**centro di ricerca, dipartimento, istituto, facoltà, scuola di specializzazione**) e il cognome e nome del relativo **direttore**;
- l'**indirizzo** ed in **numero** civico;

- la **provincia** da un lista predefinita.
- il **comune**, scegliendolo da una lista predefinita dei comuni della provincia precedentemente scelta;
- il **C.A.P.**
- il numero di telefono (**prefisso telefonico** ed **telefono**) ove è possibile reperire la persona di responsabile della richiesta d'iscrizione che andrà successivamente indicata;
- il numero di fax (**prefisso fax** e **fax**) ove far pervenire eventuali comunicazioni da parte della Commissione Nazionale per la formazione continua;
- il nome della persona responsabile della richiesta d'iscrizione completa di **Cognome** e **Nome**;
- il numero di telefono cellulare necessario per effettuare il riconoscimento e la validazione della persona responsabile della richiesta completo di **prefisso** e **numero**;
- l'**indirizzo e-mail** presso il quale arriveranno i messaggi dal sistema E.C.M.

E' richiesto l'invio di un file relativo all'attività formativa pregressa svolta negli ultimi tre anni

1.1.15 ALTRO ENTE PUBBLICO

Per la tipologia “ Altro ente pubblico ” i dati richiesti sono:

- la **denominazione** dell'ente pubblico;
- il numero di **partita IVA**;
- l'**indirizzo** ed in **numero** civico;
- la **regione** da una lista predefinita;
- la **provincia** da un lista predefinita.
- il **comune**, scegliendolo da una lista predefinita dei comuni della provincia precedentemente scelta;
- il **C.A.P.**
- il numero di telefono (**prefisso telefonico** ed **telefono**) ove è possibile reperire la persona di responsabile della richiesta d'iscrizione che andrà successivamente indicata;
- il numero di fax (**prefisso fax** e **fax**) ove far pervenire eventuali comunicazioni da parte della Commissione Nazionale per la formazione continua;
- il nome della persona responsabile della richiesta d'iscrizione completa di **Cognome** e **Nome**;
- il numero di telefono cellulare necessario per effettuare il riconoscimento e la validazione della persona responsabile della richiesta completo di **prefisso** e **numero**;
- l'**indirizzo e-mail** presso il quale arriveranno i messaggi dal sistema E.C.M.

E' richiesto l'invio di un file relativo all'attività formativa pregressa svolta negli ultimi tre anni relativa al settore sanitario, completa di riferimenti a pubblicazioni e di tutti gli elementi ritenuti utili a valutare tale attività.

1.1.16 ALTRO SOGGETTO PRIVATO

Per la tipologia “ Altro soggetto privato ” i dati richiesti sono:

- la **denominazione** del soggetto privato;
- il numero di **partita IVA**;
- gli **estremi** della registrazione **dello statuto o dell'atto costitutivo**;
- se il soggetto privato è sede di attività formativa istituzionale, chiaramente riferibile a finalità dichiarate nello statuto o atto costitutivo, scegliendo l'opzione **si** o **no**;
- l'**anno di fondazione**;
- l'**indirizzo** ed in **numero** civico;
- la **regione** da una lista predefinita;
- la **provincia** da un lista predefinita.
- il **comune**, scegliendolo da una lista predefinita dei comuni della provincia precedentemente scelta;
- il **C.A.P.**
- il numero di telefono (**prefisso telefonico** ed **telefono**) ove è possibile reperire la persona di responsabile della richiesta d'iscrizione che andrà successivamente indicata;
- il numero di fax (**prefisso fax** e **fax**) ove far pervenire eventuali comunicazioni da parte della Commissione Nazionale per la formazione continua;
- il nome della persona responsabile della richiesta d'iscrizione completa di **Cognome** e **Nome**;
- il numero di telefono cellulare necessario per effettuare il riconoscimento e la validazione della persona responsabile della richiesta completo di **prefisso** e **numero**;
- l'**indirizzo e-mail** presso il quale arriveranno i messaggi dal sistema E.C.M.

E' richiesto l'invio del file contenente lo statuto o atto costitutivo

E' richiesto l'invio di un file relativo all'attività formativa pregressa svolta negli ultimi tre anni relativa al settore sanitario, completa di riferimenti a pubblicazioni e di tutti gli elementi ritenuti utili a valutare tale attività.