

(compilare su carta intestata)

Regione Molise  
 Direzione Generale per la Salute  
*Servizio Organizzazione e Politiche delle  
 Risorse Umane dell'ASReM*  
 Via Toscana, 45  
86100 Campobasso

**DOMANDA DI ACCREDITAMENTO AL SISTEMA REGIONALE ECM**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_ )  
 il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
 residente in \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_ ) via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 in qualità di Legale Rappresentante dell'Ente/Azienda/Istituto \_\_\_\_\_,  
 con sede legale in \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_ ) via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 C.F./Partita IVA \_\_\_\_\_

avendo preso visione della Deliberazione di Giunta Regionale n. 863 del 31.12.2012 "*Avvio del Nuovo Sistema regionale di Educazione Continua in Medicina – Approvazione del Manuale di Accredimento dei Provider regionali ECM.*", pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione Molise (B.U.R.M.) n. 4 del 1 febbraio 2013;

**CHIEDE**

il rilascio dell'accREDITamento provvisorio, come Provider ECM, per le attività di formazione \_\_\_\_\_, dell'operatore di formazione con RAGIONE SOCIALE \_\_\_\_\_, ai sensi del Bando Regionale per l'AccREDITamento dei Provider Ecm, di cui alla Determinazione del Direttore Generale per la Salute n. 92 del 16 aprile 2013, pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Molise (B.U.R.M.) n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

A tal fine,  
 consapevole che i dati forniti con la richiesta di accREDITamento costituiscono dichiarazione formale di possesso dei requisiti ed accettazione delle norme che regolano il sistema ECM, fatte salve tutte le norme di legge vigenti in materia;



consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, e della decadenza dai benefici prevista dall'art. 75 del medesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità,

### DICHIARA

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000,

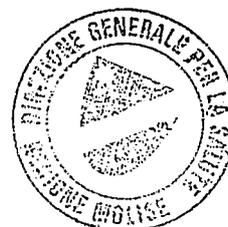
- che l'Ente/Azienda/Istituto rappresentato, con Ragione Sociale \_\_\_\_\_ ha la propria Sede Legale nella Regione Molise, in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;
- che il detto Ente/Azienda/Istituto ha Sede Operativa a \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;
- che la Sede Operativa è in possesso dei requisiti necessari alla gestione delle attività ECM;
- che tutti coloro che sono direttamente ed indirettamente interessati all'attività ECM del Provider (compresi coniuge, affini e parenti fino al 2° grado) non hanno interessi commerciali nell'ambito della sanità;
- che l'Ente è dotato di Atto costitutivo/Statuto (*per soggetti privati*) nel quale è evidenziata la presenza di finalità nel campo della Formazione Continua in sanità, anche a titolo non esclusivo;
- che ha svolto attività formative in campo sanitario negli ultimi 3 anni, nelle seguenti aree di attività prevalenti: \_\_\_\_\_ (*questo criterio non è obbligatorio per i soggetti di nuova istituzione, che richiedono l'accreditamento provvisorio*);
- che possiede affidabilità economico-finanziaria;
- di essere consapevole che in seguito all'entrata in vigore della Legge n. 35 del 4 aprile 2012, art. 6 comma 3-bis, "le Amministrazioni acquisiscono d'ufficio la certificazione antimafia e la certificazione camerale con la dicitura antimafia";
- di essere in regola con gli obblighi relativi alla sicurezza e alla prevenzione degli infortuni;
- di aver verificato e di essere garante delle strutture e delle attrezzature utilizzate, anche nel caso le stesse siano utilizzate in base a contratti e/o convenzioni;
- di essere in regola con gli obblighi in tema di contributi previdenziali e assistenziali;
- di essere in regola con gli obblighi fiscali;
- che le metodologie ECM che si intendono utilizzare sono le seguenti (*indicare se si tratta di Formazione residenziale, FSC, FAD con accesso limitato ai propri dipendenti ed agli operatori sanitari della Regione, a condizione che abbia i requisiti di tracciabilità e di completa esclusione dei professionisti che non operano sul territorio della Regione Molise.*): .....
- che le attività formative sono rivolte alle seguenti tipologie di professionisti della Sanità (*indicare le discipline e/o le professioni destinatarie degli eventi formativi*):  
.....  
.....



- di avere disponibilità di sedi, strutture, attrezzature e tecnologie necessarie e idonee allo svolgimento nella Regione Molise delle attività amministrative e di quelle formative, con caratteristiche coerenti con i Piani formativi proposti (aule, servizi di segreteria ed amministrativi, servizi editoriali, sito web, etc.);
- che sedi, strutture, attrezzature e tecnologie sono conformi alla normativa per la sicurezza e la prevenzione;
- di essere disponibile all'effettuazione di sopralluoghi, da parte dell'Ente accreditante, finalizzati alla verifica delle sedi e delle attrezzature utilizzate;
- di avere disponibilità di risorse umane, economiche e strutturali che configurano una organizzazione stabile e finalizzata alla formazione continua in sanità;
- di avere provveduto alla nomina di un Responsabile della Formazione;
- che esiste un sistema informatico, dimensionato al target ed alle metodologie formative, per la gestione ed archiviazione dei dati, di cui sono definite architetture, responsabilità e procedure, e che include risorse tecnologiche e umane idonee alla gestione del sistema;
- di avere provveduto alla nomina del Responsabile del Sistema Informatico;
- di aver provveduto alla nomina di un Coordinatore Scientifico, con competenze scientifiche specifiche, di progettazione e pianificazione delle attività formative;
- di avere un Comitato Scientifico composto da n. \_\_\_\_\_ (almeno 5) componenti;
- che sono state definite le procedure per l'implementazione ed il miglioramento della qualità, relative alla rilevazione delle esigenze, alla valutazione del raggiungimento degli obiettivi predeterminati, alla individuazione dei criteri, alla identificazione degli indicatori di processo e di esito, alla valutazione dei risultati;
- di aver provveduto alla nomina del Responsabile della qualità;
- che sono state definite le procedure finalizzate alla rilevazione dei fabbisogni formativi dei professionisti della Sanità nel territorio regionale;
- che esiste un Piano formativo che comprende eventi programmati e loro tipologia, obiettivi formativi, target di riferimento, responsabili scientifici, sistema di valutazione del Piano formativo;
- che esistono procedure strutturate che garantiscono la qualità della progettazione delle attività formative;

### **SI IMPEGNA**

- a svolgere esclusivamente all'interno del territorio della Regione Molise le attività formative accreditate dalla Regione Molise;
- a trasmettere, all'atto del rilascio dell'accREDITAMENTO provvisorio, il Piano formativo con l'indicazione, per ogni evento programmato (RES, FSC, FAD), di:
  - argomento (titolo);
  - tipologia formativa (RES, FSC, FAD);
  - obiettivi formativi;
  - target utenza;
  - periodo/sede (per FAD inizio/scadenza);



- responsabile scientifico e suo CV;
- ad effettuare una ricognizione delle competenze in ingresso, all'inizio delle attività formative;
- a verificare l'effettiva partecipazione degli operatori sanitari alle attività organizzate/erogate, mediante idoneo sistema di rilevazione delle presenze;
- a rilevare il gradimento e la qualità percepita dai partecipanti in relazione alle attività organizzate/erogate;
- a valutare, ai fini dell'attribuzione dei crediti formativi, l'apprendimento dei partecipanti al termine delle attività organizzate/erogate con strumenti coerenti con gli obiettivi dichiarati ed aventi caratteristiche paragonabili per i diversi programmi in modo da creare condizioni standard di valutazione;
- dopo aver accertato che i requisiti (partecipazione, valutazione della formazione e scheda della qualità percepita) siano stati soddisfatti, a rilasciare apposita attestazione di acquisizione crediti ai partecipanti;
- a comunicare, per via informatica al COGEAPS ed alla Regione Molise i dati relativi all'attribuzione dei crediti ai discenti;
- a conservare la documentazione relativa alla valutazione e all'attribuzione dei crediti per la durata di 5 anni;
- ad indicare nel Piano formativo eventuali patrocini e *sponsor*;
- a trasmettere alla Regione Molise, entro il 31 gennaio dell'anno successivo, una relazione annuale sull'attività formativa svolta durante l'anno, con l'indicazione degli eventi formativi realizzati rispetto a quelli programmati;
- a sostenere le spese delle verifiche *in situ* effettuate dall'Ente accreditante,
- a rendere accessibile tutta la documentazione ed a facilitare gli incontri e le altre attività di controllo;
- a comunicare tutti gli ulteriori dati che possono essere eventualmente richiesti dall'Ente accreditante, anche a seguito di revisione del Manuale di accreditamento;
- a comunicare all'Ente accreditante ogni eventuale cambiamento di denominazione, stato giuridico, statuto, inclusa la formazione di consorzi, etc.;
- a garantire all'Ente accreditante che la formazione ECM sia esente da influenze di chi ha interessi commerciali nel settore della Sanità, a garantire la correttezza di tutte le attività che portano a programmi ECM con scopi esclusivamente formativi e di aggiornamento, e la trasparenza delle attività di finanziamento e amministrative (contratti, regolamenti, dichiarazione ed attestati formali).

Allega alla presente:

- Atto costitutivo/Statuto;
- Atto e data di nomina del Legale Rappresentante dell'Ente ed esplicita indicazione delle competenze e poteri per l'esercizio delle funzioni in relazione al ruolo ricoperto;
- Documentazione in cui si evidenzia la pregressa esperienza in attività didattico/formativa in campo sanitario;
- Documentazione contabile attestante le capacità economiche in rapporto all'entità dell'impegno programmato, con indicazione delle risorse acquisite con l'attività formativa e di quelle provenienti da altre fonti;



- Documentazione indicante il Budget previsionale per l'anno in corso;
- Atto di nomina e curriculum vitae del Responsabile amministrativo;
- Documentazione attestante la disponibilità di sedi, strutture, attrezzature e tecnologie necessarie per l'erogazione della formazione (v. pag. 4 all.A1 DGR n.863/2012).
- Documentazione, sottoscritta, descrittiva della struttura organizzativa finalizzata alla formazione continua in sanità, con organigramma, funzionigramma;
- Atto di Nomina e Curriculum Vitae del Responsabile della Formazione;
- Atto di Nomina del Responsabile del Sistema Informatico;
- Documentazione descrittiva del Sistema Informatico dedicato alla formazione in ambito sanitario;
- Atto di nomina del Coordinatore Scientifico;
- Atti di nomina o convenzioni e Curriculum Vitae dei componenti del Comitato Scientifico;
- Documentazione sulle procedure di rilevazione delle esigenze, di valutazione dei risultati e di implementazione della qualità;
- Atto di Nomina e Curriculum Vitae del Responsabile della qualità.

In fede

Luogo, data, \_\_\_\_\_

Il Legale Rappresentante

\_\_\_\_\_

(Alla presente istanza va allegata copia fotostatica del documento di identità del sottoscrittore, in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445/2000).

