

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO DEL LEGALE
RAPPRESENTANTE**

Il sottoscritto _____ nato a _____
(prov. _____) il _____ codice fiscale _____ residente
in _____ (prov. _____) Via _____,
n _____.

In qualità di Legale Rappresentante della _____ con
sede legale in _____ in riferimento alla
richiesta di accreditamento come provider ECM;

Visto l'Accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 192 del 5 novembre 2009 concernente "Il nuovo sistema di formazione continua in medicina – Accreditamento dei Provider ECM, formazione a distanza, obiettivi formativi, valutazione della qualità del sistema formativo sanitario, attività formative realizzate all'estero, i liberi professionisti";

Visto l'Accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 101 del 19 aprile 2012 concernente "Il nuovo sistema di formazione continua in medicina – Linee guida per i Manuali di accreditamento dei provider, albo nazionale dei provider, crediti formativi triennio 2011/2013, federazioni, ordini, collegi e associazioni professionali, sistema di verifiche, controlli e monitoraggio della qualità, liberi professionisti";

Vista la deliberazione della Giunta regionale n. _____ di data _____ che definisce:

- "Linee di indirizzo per il nuovo sistema di formazione continua – ECM nella Regione Umbria",
- "Criteri e requisiti minimi per l'accREDITamento dei provider ECM della Regione Umbria",
- "Procedura di accREDITamento, quali provider, dei soggetti pubblici"
- "Criteri per l'assegnazione di crediti all'attività ECM".

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 della Regione Umbria, fatte salve tutte le norme di legge vigenti in materia;

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

DICHIARA

CHE L'ENTE RAPPRESENTATO

- ha sede operativa nella Regione Umbria;
- non rientra nella categoria dei soggetti che producono, distribuiscono, commercializzano e pubblicizzano prodotti farmaceutici, omeopatici, fitoterapici, dietetici, alimenti per l'infanzia, dispositivi medici;

- non ha conseguito l'accreditamento provider per la sede operativa indicata, presso la Commissione nazionale per la formazione continua o presso altro sistema regionale di formazione continua;
- opera regolarmente nel campo della formazione continua degli operatori sanitari;
- (solo per i soggetti privati) è dotato di atto certificato CCIAA di iscrizione nel Registro delle imprese o di analogo certificato di iscrizione in apposito registro per gli enti che non sono soggetti alla registrazione alla Camera di Commercio;
- dispone di atto istitutivo\statuto nel quale è evidenziato l'impegno nel campo della formazione continua (anche a titolo non esclusivo);
- ha pregressa esperienza in attività formativa in campo sanitario, avendo realizzato negli ultimi tre anni dal 2010 al 2012 n. _____ iniziative accreditate ECM (questo requisito non è obbligatorio per l'accreditamento provvisorio di enti di nuova istituzione);
- garantisce affidabilità economica finanziaria, disponendo di bilanci e/o di documenti economici che evidenziano le risorse dedicate alla formazione;
- è affidabile rispetto alle norme in tema di sicurezza prevenzione e fiscalità, disponendo della seguente documentazione relativa a:

- antimafia (solo per i soggetti privati)
- obblighi per prevenzione ed infortuni (strutture e attrezzature)
- obblighi in tema di contributi previdenziali e assistenziali
- obblighi fiscali

- dispone in proprio o per contratto di:

- sedi per lo svolgimento di attività amministrative connesse alla formazione
- sedi per lo svolgimento di attività formative residenziali
- sedi per lo svolgimento di attività formative sul campo
- attrezzature idonee per iniziative di formazione a distanza (FAD)

- dispone di risorse umane che configurano un'organizzazione stabile e finalizzata alla formazione, inclusa la presenza di un responsabile per la formazione;
- dispone di un elenco dei responsabili scientifici della formazione, con indicata l'area di competenza ed evidenziata la dichiarazione di assenza di conflitto di interessi;
- dispone di un elenco dei docenti interni ed esterni, con indicata l'area di competenza ed evidenziata la dichiarazione di assenza di conflitto di interessi;
- dispone di un sistema qualità, con un responsabile e con documentate le procedure per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi e specificati gli indicatori di processo e di esito;

- chiede l'accreditamento provider per le seguenti tipologie di formazione:

- residenziale
- a distanza (FAD)
- sul campo (FSC)

- chiede l'accreditamento provider per le seguenti professioni sanitarie:

- _____
- tutte le professioni sanitarie

- dispone di un sistema di rilevazione e analisi dei fabbisogni formativi;
- per la pianificazione, approva un Piano formativo annuale, che evidenzia iniziative formative rivolte ai professionisti sanitari e che specifica le aree di offerta formativa

pertinenti ai bisogni rilevati, i destinatari della formazione e gli obiettivi formativi regionali generali;

- per la progettazione, si avvale di procedure strutturate e documentate, che verificano la congruità delle metodologie valutative e la coerenza tra obiettivi formativi, metodi didattici e modalità di valutazione dell'apprendimento;

- per l'erogazione, si avvale di procedure organizzate e documentate che garantiscono il processo di erogazione delle attività formative;

- per la valutazione dei partecipanti la formazione, si avvale di un sistema che rileva:

- la presenza alla formazione

- il gradimento e la qualità percepita

- l'apprendimento

- garantisce l'attribuzione dei crediti ECM ai partecipanti la formazione e la distribuzione degli attestati ECM agli aventi diritto;

- garantisce, nel caso di sponsorizzazioni e/o patrocini, il rispetto di quanto previsto dalle Linee di indirizzo per la formazione continua ECM della Regione Umbria, predisponendo la documentazione ivi prevista;

- svolge attività di formazione esclusivamente finalizzata al miglioramento dell'assistenza sanitaria e non influenzata da interessi commerciali;

- garantisce l'integrità etica, il valore deontologico, la qualità tecnico scientifica dei contenuti di tutte le attività educazionali che organizza e dei materiali didattici che utilizza, nonché l'indipendenza dei programmi formativi;

- comunica, con almeno 15 giorni di preavviso alla Regione Umbria ogni eventuale cambiamento di denominazione, di stato giuridico e di statuto, incluso la formazione di consorzi;

- rende accessibile tutta la documentazione necessaria per le attività di verifica e trasmette entro il 31 marzo dell'anno successivo la relazione annuale sull'attività formativa svolta;

- utilizza il sistema informativo della Regione Umbria disponibile sul sito <http://ecm.regione.umbria.it>

- si impegna al pagamento del contributo annuo pari ad € 1.000,00, nonché al pagamento degli oneri derivanti da visite e/o audit secondo le indicazioni che saranno fornite dalla Regione Umbria.

In fede

Il Legale Rappresentante

Luogo, data, _____

Al presente documento deve essere allegata copia del documento di identità in corso di validità del legale rappresentante