

Codice A1406A

D.D. 28 ottobre 2016, n. 683

L.R. n. 13 del 23 giugno 2015 - Esercizio delle Medicine non Convenzionali. Approvazione avviso per l'accreditamento regionale degli Istituti formativi pubblici e privati, organizzatori di corsi in Medicina non Convenzionale.

Visto l'Accordo Stato – Regioni del 7 febbraio 2013 con il quale, ai sensi dell'art. 4 del D.lvo 28 agosto 1007, n. 281, viene sancita la necessità di procedere alla certificazione di qualità della formazione in:

- Agopuntura
- Fitoterapia
- Omeopatia comprensiva dell' omotossicologia e dell' antroposofia

definendone criteri e requisiti minimi per la formazione necessaria alla qualifica dei professionisti che esercitano tali discipline;

Vista la Legge Regionale 23 giugno 2015, n. 13 con la quale si individuano le modalità e i criteri per l'esercizio delle medicine non convenzionali, in particolare l'art. 6, comma 1 che recita "...è istituita, presso la Direzione regionale competente in materia di sanità, la Commissione regionale permanente per le discipline mediche non convenzionali";

Vista la Deliberazione della Giunta regionale n. 24-3041 del 14 marzo 2016, con la quale è stata istituita la "Commissione regionale permanente per le discipline mediche non convenzionali" ai sensi di quanto espressamente indicato al comma 2 dell'art. 6 della L.R. 23 giugno 2015, n. 13 su citata;

Vista la D.G.R. n. 25-3941 del 19 settembre 2016 con la quale è stato approvato lo schema di Protocollo di intesa tra Regione Piemonte e l'Ordine provinciale dei medici Chirurghi e odontoiatri e relativi allegati, contenenti le indicazioni per la presentazione delle richieste di accreditamento e verifica degli istituti di formazione pubblici e privati;

Dato atto che, con la Deliberazione su citata n. 25-3941 del 19.9.2016, si è demandata al Settore " Sistemi organizzativi e Risorse Umane del SSR" la pubblicazione dell'avviso per l'accreditamento regionale degli istituti di formazione pubblici e privati, nonché la redazione degli atti e delle azioni conseguenti;

Ritenuto di approvare l'allegato avviso regionale per l'accreditamento degli istituti, organizzatori dei corsi formativi in Medicina non convenzionale, valutato e condiviso dalla commissione regionale permanente e redatto ai sensi di quanto stabilito dalla L.R. 23 giugno 2015, n. 13, attuativa dell'Accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2013;

Attestata la regolarità amministrativa del presente atto;

Tutto ciò premesso,

IL DIRIGENTE

Visto l'Accordo Stato – Regioni del 7 febbraio 2013;

Visto la L.R. 28 luglio 2008, n. 23;

Vista la L.R. 23 giugno 2015, n. 13;

Vista la D.G.R. n. 24-3041 del 14 marzo 2016;
Vista la D.G.R. n. 25-3941 del 19 settembre 2016;

determina

- di approvare, per i motivi di cui in narrativa, l'avviso per l'accreditamento regionale degli istituti formativi pubblici e privati, organizzatori di corsi in Medicina non Convenzionale, di cui all'ALL. A), parte integrante e sostanziale del presente atto;
- di dare atto che si provvederà con successivo atto dirigenziale all'individuazione degli istituti formativi pubblici e privati che saranno accreditati per l'organizzazione dei corsi in Medicina non Convenzionale, sulla base dei requisiti definiti con D.G.R. 25 – 3941 del 19 settembre 2016;
- di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio regionale.

La presente determinazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte, ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. 22/2010.

La presente determinazione non è soggetta a pubblicazione ai sensi del D.Lgs n. 33 del 14 marzo 2013.

Il Dirigente del Settore
Dr. Claudio BACCON

Allegato

**AVVISO REGIONALE PER L'ACCREDITAMENTO DEGLI ISTITUTI
DI FORMAZIONE IN "MEDICINE NON CONVENZIONALI"
(PER MEDICI CHIRURGHI ED ODONTOIATRI)**

Medicine non convenzionali ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013:

- agopuntura
- fitoterapia
- omeopatia
 - omotossicologia
 - antroposofia

RICHIESTA ACCREDITAMENTO DEGLI ISTITUTI DI FORMAZIONE

Premessa

Con deliberazione n. 25 – 3941 del 19 settembre 2016, la Giunta Regionale ha approvato lo schema di protocollo di intesa tra la Regione Piemonte e gli Ordini Provinciali piemontesi dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri per l'esercizio delle discipline mediche non convenzionali, nonché le indicazioni per la presentazione delle richieste di accreditamento e verifica degli istituti di formazione pubblici e privati.

Con il citato provvedimento si è proceduto a recepire le disposizioni contenute nella L.R. 23 giugno 2015, n. 13, attuativa dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome del 7 febbraio 2013.

Destinatari dell'accREDITamento e procedure adottate

Gli istituti di formazione pubblici e privati, che intendano organizzare corsi nell'ambito dell'insegnamento delle Medicine non Convenzionali (MnC) di cui alla Legge Regionale n° 13 del 23 giugno 2015, devono richiedere l'accREDITamento presso la Regione Piemonte, presentando apposita "**Domanda di accREDITamento**", al Settore "Sistemi Organizzativi e Risorse Umane S.S.R." - Corso Regina Margherita 153 bis, 10122 Torino, correlata dai moduli allegati, debitamente compilati, in relazione alla Medicina non Convenzionale insegnata e al profilo professionale oggetto dell'insegnamento.

La domanda di AccREDITamento dovrà essere predisposta, pena l'esclusione, secondo l'apposito modello "Domanda di accREDITamento" (**All. 1**), debitamente sottoscritta dal legale rappresentante, unitamente ad una

copia fotostatica di un documento di identità, in corso di validità. E' necessario, altresì, presentare la domanda di accreditamento con una lettera di accompagnamento, come da fac-simile (All. 2).

La domanda di accreditamento e i relativi allegati, debitamente compilati e sottoscritti, potranno essere inviati all'indirizzo e-mail: personale.sanitario@regione.piemonte.it, oppure per posta ordinaria, con A/R, all'indirizzo sopraindicato del Settore "Sistemi Organizzativi e Risorse Umane S.S.R".

Modifiche di quanto dichiarato dovranno essere oggetto di ulteriore comunicazione.

Sono accreditabili presso la Regione Piemonte gli istituti di formazione pubblici o privati che adempiano a quanto previsto dalla L.R. n. 13/2015, attuativa dell'Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013, e dal Protocollo d'Intesa Regione – Ordini Provinciali piemontesi dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri per l'esercizio delle discipline MnC (art. 3).

È compito della Regione Piemonte, attraverso la Commissione regionale permanente per le discipline mediche non convenzionali, istituita con Deliberazione della Giunta regionale n. 24-3041 del 14 marzo 2016, attivare funzioni di verifica sull'attività formativa svolta dagli istituti di formazione accreditati.

La Regione Piemonte potrà revocare l'accreditamento concesso all'istituto di formazione qualora vengano meno le condizioni previste dal presente atto o qualora i programmi didattici presentati non vengano rispettati.

L'istituto di formazione, pubblico o privato, interessato all'accreditamento, dovrà allegare alla domanda (fac simile ALL. 1):

1. atto costitutivo;
2. statuto;
3. *curriculum* dell'istituto formativo inerente alla disciplina per la quale si richiede l'accreditamento, comprendente il numero degli iscritti nell'ultimo anno, suddivisi per anno di corso;
4. regolamento interno;
5. programma del corso di formazione di Medicina non Convenzionale contenente sedi e data di tutte le lezioni residenziali, comprendente anche il programma dell'eventuale FAD e le generalità della piattaforma di erogazione della Formazione a distanza;
6. dichiarazione del legale rappresentante in relazione a:
 - a. possesso delle convenzioni con gli enti pubblici/privati presso i quali si esegue il tirocinio pratico in regime di tutoraggio
 - b. conformità delle sedi del tirocinio alle vigenti norme di sicurezza
 - c. svolgimento dell'attività formativa realizzata presso la sede operativa piemontese per un ammontare pari o superiore al 70% dell'attività complessivamente svolta
 - d. presenza di almeno 5 docenti titolari della formazione, regolarmente iscritti agli albi professionali, per il tronco comune di attività formative di base, salvo per gli insegnamenti di tipo generale (metodologico, normativo, etico e deontologico), che coprano almeno il 70% della formazione teorica;
7. *curriculum* del responsabile didattico;
8. elenco dei docenti titolari e *tutor* e loro *curricula*;
9. autocertificazione di assenza di conflitto di interessi, in osservanza a quanto indicato all'art. 4 del Protocollo di intesa Regione/Ordini Medici Chirurghi e Odontoiatri e della L.R. n. 13/2015, da parte:
 - a. del legale rappresentante, riferita all'istituto formativo;
 - b. del responsabile didattico;
 - c. di ciascun docente;
10. dichiarazione di congruità rispetto alla legge regionale del Piemonte n° 13/2015.

L'istituto richiedente l'accreditamento dovrà compilare in ogni sua parte gli allegati da 1) a 10), i cui moduli, in formato WORD, saranno scaricabili dal sito regionale: <http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/bandi-e-avvisi-22866>.

I suddetti moduli, debitamente compilati e sottoscritti, potranno essere inviati, in formato PDF, all'indirizzo e-mail: personale.sanitario@regione.piemonte.it, oppure per posta ordinaria, con A/R, all'indirizzo sopraindicato del Settore "Sistemi Organizzativi e Risorse Umane S.S.R".

Le domande di accreditamento e i relativi allegati saranno sottoposti al vaglio della Commissione regionale permanente per le discipline mediche non convenzionali, istituita con Deliberazione della Giunta regionale n. 24-3041 del 14 marzo 2016, che verificherà e darà conferma del possesso dei requisiti e dell'avvenuto accreditamento regionale.

Trattamento dei dati personali

Ai sensi del Dlgs. n. 196/2003 e s.m.i., si informa che i dati personali, acquisiti con il presente Bando, saranno raccolti presso la Regione Piemonte, Settore "Sistemi Organizzativi e Risorse Umane S.S.R." - Corso Regina Margherita 153 bis, 10122 Torino e saranno trattati esclusivamente per finalità inerenti al presente procedimento amministrativo.

Ulteriori informazioni possono essere richieste ai seguenti recapiti:

Settore "Sistemi Organizzativi e Risorse Umane S.S.R."

Nadia BONSIGNORE – Tel. 011/4324823 – nadia.bonsignore@regione.piemonte.it

Loredana MANTUANO – Tel. 011/4323627 – loredana.mantuano@regione.piemonte.it

Monica SOLIGON – Tel. 011/4323695 – monica.soligon@regione.piemonte.it

DOMANDA DI ACCREDITAMENTO PER GLI ISTITUTI FORMATIVI CHE PROMUOVONO CORSI DI MEDICINA NON CONVENZIONALE AI SENSI DELLA LEGGE REGIONE PIEMONTE N° 13/2015 E DELL'ART. 3 DEL PROTOCOLLO D'INTESA TRA LA REGIONE E GLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI ED ODONTOIATRI

1.1 Ambito per cui si richiede l'accreditamento

Specificare l'ambito:

- Formazione in agopuntura rivolta a medici chirurghi e odontoiatri
- Formazione in fitoterapia rivolta a medici chirurghi e odontoiatri
- Formazione in omeopatia rivolta a medici chirurghi e odontoiatri
- Formazione in omotossicologia rivolta a medici chirurghi e odontoiatri
- Formazione in antroposofia rivolta a medici chirurghi e odontoiatri

1.2. Dati anagrafici dell'istituto di formazione

- Denominazione:.....
- Natura giuridica:
- Nome della Scuola.....
- Indirizzo sede legale (Provincia, Comune, via/piazza, CAP).....
.....
- Dati della sede legale

Tel. Cell.....

E-mail..... Pec.....

- Partita Iva/Codice fiscale:
- Anno di costituzione:

Iscrizione Camera di Commercio SÌ NO

Se SÌ, data, categoria e numero di iscrizione

- Provider ECM SÌ NO

Se SÌ, numero e tipologia di accreditamento.....

Indicare la tipologia di organismo tra:

- Istituto di Formazione
- Agenzia Formativa
- Azienda Sanitaria
- Università degli studi
- Altro*

*Specificare

1.3 Legale rappresentante

Cognome.....

Nome.....

Estremi atto di nomina.....

Provincia di residenza.....

Comune di residenza o Stato Estero

Indirizzo di residenza..... Cell.

Data di nascita.....

Comune di nascita (o Stato Estero):.....Provincia di (.....)

Codice Fiscale.....

1.4. Qualità

Esiste un sistema di gestione della qualità dell'istituto di formazione SÌ NO

Se SÌ, indicare quale

Questionari di gradimento compilati dagli allievi sulla qualità dell'insegnamento ricevuto al termine delle lezioni.

Seminari di aggiornamento professionale per gli insegnanti della scuola e per la definizione dei contenuti dell'insegnamento.

Riunioni periodiche del Collegio Docenti per la valutazione dei problemi didattici incontrati.

Altro (specificare).....

1.5. Bilancio

Inserire gli importi parziali (in termine di ricavi) dell'istituto formativo derivanti da:

a) attività di formazione

a.1. attività di formazione finanziata €.....

da..... €.....

da..... €.....

a.2. attività di formazione a pagamento dell'utenza €.....

b) altre attività di natura non formativa €.....

c) Totale bilancio: €.....

2.1. Dati della sede operativa piemontese:

▪ Recapito della sede piemontese

Indirizzo.....

Tel..... Cell.....

E-mail

▪ Locali

- proprietà
- locazione
- convenzione

▪ Disponibilità attrezzature didattiche

- videoproiettore
- lavagna luminosa
- lavagna fogli
- computer
- programmi informatici

piattaforma per formazione a distanza estremi piattaforma

.....

Altro:

- Sistema informatico gestione-archiviazione dati
- Sistema sicurezza gestione dati

2.2. Referente per i rapporti con Regione Piemonte

Cognome.....

Nome.....

Telefono.....

E-mail

2.3 Organico

Specificare il numero di docenti titolari nella sede piemontese dell'istituto di formazione:

Docenti titolari (almeno 5)... n°

Docenti collaboratori n°

Tutor n°

2.4 Programma del corso formativo

durata del corso (in anni).....

monte ore complessivo

monte ore totale pratica clinica.....

2.4.1. Metodologie formative:

- lezioni frontali

- seminari/attività di gruppo/audit
- formazione sul campo/tirocinio pratico
- tutoraggio
- studio individuale

2.4.2 Suddivisione del monte ore per tipologia di formazione

▪ **pratica clinica supervisionata** presso ambulatori pubblici e/o privati, gestiti da professionisti esperti definiti secondo i criteri della LR 13/2015, dell'Accordo Stato-Regioni del 07-02-2013 e dell'art. 2 del Protocollo d'Intesa Regione/Ordini Medici Chirurghi ed Odontoiatri

- SÌ NO n° ore

Elenco degli ambulatori presso i quali viene effettuata la pratica clinica (documentazione allegata)

1.
2.
3.
4.
5.

▪ **pratica clinica effettuata in aula**, sotto la guida dei docenti, sotto forma di esercitazioni pratiche, discussione di casi clinici, ecc.

- n° ore

- **formazione teorica totale** n° ore
- **formazione teorica residenziale frontale** n° orepercentuale

Elenco delle strutture nelle quali viene svolta la formazione teorica residenziale e la pratica clinica in aula (documentazione allegata)

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

- **formazione teorica a distanza** n° orepercentuale.....

- **lo studio individuale**, che non è compreso nel monte-ore totale e che include anche la compilazione della tesi finale, può essere stimato almeno nel doppio del monte-ore totale, per cui equivale a 1000 ore di studio, per un totale di 1.500 ore di percorso formativo sostenuto dagli studenti.

2.5 Ulteriori caratteristiche del percorso formativo

Gli insegnamenti di tipo generale, non riferiti specificamente alla disciplina in oggetto sono inferiori al 20% del monte ore complessivo di formazione teorica SÌ NO

Percentuale attività formativa prevista fuori dalla sede operativa piemontese (max 30%).....

Sistema rilevazione presenze

Metodo di rilevazione delle presenze.....

Presenza di esame teorico-pratico annuale

Obbligo di frequenza dell'80% dell'insegnamento sia teorico che pratico

Discussione di una tesi finale con elaborato scritto

Rilascio al termine del percorso formativo di un attestato conforme ai requisiti richiesti

Presenza all'esame finale di un Commissario designato dall'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri, competente per territorio

2.6 Obiettivi formativi

Il corso di formazione è conforme ai seguenti obiettivi formativi generali comuni definiti ai sensi della Legge Regionale n° 13 del 23 giugno 2015, dell'Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013 e del Protocollo d'Intesa tra la Regione e gli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri

Al termine del corso lo studente dovrà essere in grado di:

- utilizzare i principi fondamentali della singola disciplina e dei diversi approcci terapeutici che la contraddistinguono
- relazionarsi con il paziente raccogliendo ed analizzando gli elementi fondamentali per la scelta del trattamento
- spiegare ai pazienti i rapporti e l'integrazione tra medicina non convenzionale e organizzazione del servizio sanitario nazionale/regionale
- analizzare e discutere, per ogni singola MnC, anche il metodo clinico della medicina convenzionale individuando, per ogni trattamento, indicazioni, limiti, effetti collaterali e possibili interazioni
- discutere i modelli di ricerca di base, sperimentali e clinici delle singole discipline comprese la corretta individuazione e rappresentazione clinica degli esiti
- sviluppare la scelta clinica più coerente con gli aspetti deontologici rappresentati nel codice e la legislazione vigente
- comprendere gli strumenti di economia sanitaria atti a individuare indicatori di efficacia, costo-efficacia e costo-utilità per le singole scelte terapeutiche

Torino, lì.....

Firma del Legale rappresentante

ALL 2)

Fac-simile - Lettera di accompagnamento alla domanda

Alla cortese attenzione del
Settore regionale “Sistemi Organizzativi e risorse
Umane del SSR”
Corso Regina Margherita, 153
10122 –TORINO

p.c. Alla Commissione regionale permanente

Oggetto: richiesta di accreditamento istituti di formazione in MnC per medici chirurghi e odontoiatri ex L.R. 13/2015

Spett. Settore regionale,

inviamo con la presente il modello di richiesta di accreditamento della Scuola

.....
per l’insegnamento della disciplina di MnC
a medici e odontoiatri, debitamente compilato sulla base dei requisiti richiesti dalla legge regionale n.13/2015, dall’Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013 e dall’art. 3 del Protocollo d’Intesa Regione-Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.

Si allega al modulo in oggetto, come richiesto, la seguente documentazione:

11. atto costitutivo;
12. statuto;
13. *curriculum* dell’istituto formativo inerente alla disciplina per la quale si richiede l’accreditamento, comprendente il numero degli iscritti nell’ultimo anno, suddivisi per anno di corso;
14. regolamento interno;
15. programma del corso di formazione di Medicina non Convenzionale contenente sedi e data di tutte le lezioni residenziali, comprendente anche il programma dell’eventuale FAD e le generalità della piattaforma di erogazione della Formazione a distanza;
16. dichiarazione del legale rappresentante di:
 - a. possesso delle convenzioni con gli enti pubblici/privati presso i quali si esegue il tirocinio pratico in regime di tutoraggio
 - b. conformità delle sedi del tirocinio alle vigenti norme di sicurezza
 - c. svolgimento dell’attività formativa realizzata presso la sede operativa piemontese per un ammontare pari o superiore al 70% dell’attività complessivamente svolta
 - d. presenza di almeno 5 docenti titolari della formazione, regolarmente iscritti agli albi professionali, per il tronco comune di attività formative di base, salvo per gli insegnamenti di tipo generale (metodologico, normativo, etico e deontologico), che coprano almeno il 70% della formazione teorica;

17. *curriculum* del responsabile didattico;
18. elenco dei docenti titolari e *tutor* e loro *curricula*;
19. autocertificazione di assenza di conflitto di interessi, in osservanza a quanto indicato all'art. 4 del Protocollo di intesa Regione/Ordini Medici Chirurghi e Odontoiatri e della L.R. n. 13/2015, da parte:
 - a. del legale rappresentante, riferita all'istituto formativo;
 - b. del responsabile didattico;
 - c. di ciascun docente;
20. dichiarazione di congruità rispetto alla legge regionale del Piemonte n° 13/2015.

In attesa di un Vostro riscontro, porgiamo distinti saluti.

Firma del Legale rappresentante

(Si allega la fotocopia di un documento di identità in corso di validità)

Fac simile- ALL. 3)

Illustrazione del programma, suddiviso per anni e per cicli di lezione

della Scuola

Per ogni anno devono essere indicati:

- monte ore totale del percorso formativo
- monte ore totale di ciascun anno del corso
- dettaglio del monte ore con suddivisione per tipologia di insegnamento
(lezioni teoriche frontali, lezioni teoriche FAD, esercitazioni pratiche, tirocinio guidato, ecc.)
- orario delle lezioni
- sede delle lezioni
- data e sede degli esami finali

Firma del Legale rappresentante

Fac simile – ALL. 4)

Il/la sottoscritto/a

in qualità di legale rappresentante dell'Istituto Formativo

dichiara

- di essere in possesso delle convenzioni con gli enti pubblici/privati presso i quali si esegue il tirocinio pratico (in regime di tutoraggio?)

- di garantire la conformità delle sedi del tirocinio alle vigenti norme di sicurezza.

- di garantire la presenza, alla verifica finale, di un componente esterno, esperto nella specifica disciplina oggetto della formazione, designato dall'Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri competente, di concerto con l'istituto di formazione

- di garantire la presenza di almeno 5 docenti titolari della formazione, regolarmente iscritti agli albi professionali, per il tronco comune di attività formative di base, salvo per gli insegnamenti di tipo generale (metodologico, normativo, etico e deontologico), che coprano almeno il 70% della formazione teorica;

Gli enti pubblici/privati presso i quali gli studenti della Scuola
svolgono il tirocinio pratico in regime di tutoraggio sono i seguenti:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....

Firma del Legale rappresentante

Fac simile – ALL. 5)

Modulo da compilare a cura del Responsabile Didattico

(almeno 10 anni di esperienza clinica e 7 anni di docenza, iscrizione albo)

Cognome e nome:.....

Codice fiscale

Tipo di contratto instaurato con l'istituto

Data e luogo di nascita (comune, provincia, stato)

Indirizzo di residenza (comune, provincia, stato)

Titolo di studio:

Data laurea:.....

Iscrizione all'albo OMCeO di n°

Esperienza clinica nella MnC in oggetto (v. *curriculum*)

.....
.....

Docenza specifica nella MnC in oggetto (allegare documentazione)

Scuola dal al

Scuola dal al

Scuola dal al

Scuola dal al

Curriculum validato da: istituto di formazione società medico-scientifica del settore

FIRMA DEL RESPONSABILE DIDATTICO

(Si allega la fotocopia di un documento di identità in corso di validità)

Fac simile – ALL. 6)

Modulo da compilare a cura di ciascun docente titolare/ordinario

(almeno 5 anni di pratica clinica, corso triennale nella disciplina MnC o equivalente, iscrizione albo)

Per ciascun docente specificare:

Cognome e nome.....

Codice fiscale

Tipo di contratto instaurato con l'istituto

Data e luogo di nascita (comune, provincia, stato).....

Indirizzo di residenza (comune, provincia, stato).....

Titolo di studio

Data laurea.....

Iscrizione all'albo OMCeO di n°

Formazione nella MnC in oggetto

▪ Frequenza documentata di scuola triennale (v. *curriculum*)

▪ titoli di formazione equivalenti (v. *curriculum*)

Esperienza clinica nella MnC in oggetto (v. *curriculum*)

.....
.....

Docenza specifica nella MnC in oggetto (v. *curriculum*)

Scuola dal al

Scuola dal al

Scuola dal al

Scuola dal al

Curriculum:

autocertificato validato da istituto formativo validato da società medico-scientifica del settore

Firma del docente

(Si allega la fotocopia di un documento di identità in corso di validità)

Fac simile – ALL. 6A)

Modulo da compilare a cura di ciascun docente *tutor*

(almeno tre anni di esperienza clinica)

Cognome e nome.....

Codice fiscale

Tipo di contratto instaurato con l'istituto

Data e luogo di nascita (comune, provincia, stato).....

Indirizzo di residenza (comune, provincia, stato).....

Titolo di studio

Data laurea.....

Iscrizione all'albo OMCeO di n°

Formazione nella MnC in oggetto

- Frequenza documentata di scuola triennale (v. *curriculum*)
- titoli di formazione equivalenti (v. *curriculum*)

Esperienza clinica nella MnC in oggetto (v. *curriculum*)

.....

Curriculum:

autocertificato validato da istituto formativo validato da società medico-scientifica del settore

Firma del docente tutor

(Si allega la fotocopia di un documento di identità in corso di validità)

Fac simile – ALL. 6B)

Modulo da compilare a cura di ciascun docente collaboratore

Cognome e nome.....

Codice fiscale

Tipo di contratto instaurato con l'istituto

Data e luogo di nascita (comune, provincia, stato).....

Indirizzo di residenza (comune, provincia, stato).....

Titolo di studio

Data laurea.....

Iscrizione all'albo OMCeO di n°

Formazione nella MnC in oggetto

- Frequenza documentata di scuola triennale (v. *curriculum*)
- titoli di formazione equivalenti (v. *curriculum*)

Esperienza clinica nella MnC in oggetto (v. *curriculum*)

.....
.....

Curriculum:

autocertificato validato da istituto formativo validato da società medico-scientifica del settore

Firma del docente collaboratore

(Si allega la fotocopia di un documento di identità in corso di validità)

Fac simile – ALL. 7)

Autocertificazione di assenza di conflitto di interessi riferita all'istituto formativo firmata dal legale rappresentante

Il/la sottoscritto/a
in qualità di legale rappresentante dell'Istituto Formativo.....

dichiara

ai sensi dell'art. 3, paragrafo 3.3 lett.a) dell' allegato 1 dell'Accordo Stato - Regioni del 19/04/2012 Linee guida per i Manuali di accreditamento dei provider nazionali e regionali/province autonome e della Determinazione Dirigenziale n. 257 del 12.4.2012 di approvazione manuale di accreditamento dei provider regionali
che nell'organizzazione e gestione diretta della Scuola di Formazione in

- a) Il nostro istituto formativo non produce, distribuisce, commercializza e pubblicizza prodotti farmaceutici, omeopatici, fitoterapici, dietetici, dispositivi e strumenti medici;
- b) che gli eventuali partner (ossia i soggetti giuridici non accreditati che collaborano per la realizzazione dell'evento offrendo un supporto formativo-scientifico, informatico o operativo etc. per la realizzazione dell'evento) legati al nostro istituto formativo non producono, distribuiscono, commercializzano e pubblicizzano prodotti farmaceutici, omeopatici, fitoterapici, dietetici, dispositivi e strumenti medici;
- c) che il legale rappresentante dell'istituto formativo, i suoi delegati e i componenti degli organi direttivi ed i responsabili del medesimo (responsabile della formazione e docenti), nonché i loro parenti ed affini fino al 2° grado, non hanno interessi o cariche in aziende con interessi commerciali nel settore della sanità da almeno 2 anni.

dichiara altresì

ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 5 novembre 2009
che le attività formative nell'ambito delle Medicine non Convenzionali svolte in maniera autonoma, assumendosi la responsabilità dei contenuti, della qualità e della correttezza etica di dette attività.
Conferma che quanto dichiarato corrisponde al vero e di essere a conoscenza delle sanzioni penali previste dal D.P.R. n. 445/2000 (artt. 75 e 76).

Li,

Firma del Legale rappresentante

Fac simile – ALL. 8)

**Dichiarazione del Responsabile didattico sulla trasparenza delle fonti
di finanziamento e sui rapporti con soggetti portatori di interessi
commerciali
relativi agli ultimi due anni**

Io sottoscritto/a.....

in qualità di Responsabile Didattico della Scuola:

.....

ai sensi e per effetti dell'art. 48, comma 25, del DL 269/2003, convertito in legge il 25.11.2003, n. 326,

DICHIARO

che negli ultimi due anni ho avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

-

-

-

Confermo che quanto dichiarato corrisponde al vero e di essere a conoscenza delle sanzioni penali previste dal D.P.R. n. 445/2000 (artt. 75 e 76).

Torino, li

Firma del Responsabile didattico

(Si allega la fotocopia di un documento di identità in corso di validità)

**Dichiarazione dei docenti sulla trasparenza delle fonti di
finanziamento e sui rapporti con soggetti portatori di interessi
commerciali
relativi agli ultimi due anni**

Io sottoscritto/a.....

in qualità di docente della Scuola:

.....

ai sensi e per effetti dell'art. 48, comma 25, del DL 269/2003, convertito in legge il 25.11.2003, n. 326,

DICHIARO

che negli ultimi due anni ho avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

-

-

-

Confermo che quanto dichiarato corrisponde al vero e di essere a conoscenza delle sanzioni penali previste dal D.P.R. n. 445/2000 (artt. 75 e 76).

Torino, lì

Firma del docente

(Si allega la fotocopia di un documento di identità in corso di validità)

Fac simile – ALL. 10)

Dichiarazione di congruità rispetto alla legge regionale del Piemonte n° 13/2015

Io sottoscritto/a
nato/ a il
residente a via n°
in qualità di legale rappresentante dell'istituto/ente/associazione

dichiara

che la presente domanda di accreditamento regionale per la disciplina
presentata dall'istituto/ente/associazione

è congrua rispetto ai requisiti richiesti dalla legge regionale del Piemonte n° 13/2015

Conferma che quanto dichiarato corrisponde al vero e di essere a conoscenza delle sanzioni penali previste dal D.P.R. n. 445/2000 (artt. 75 e 76).

Li,

In fede

Firma del Legale Rappresentate