

Circ. n. 60/2018
Prot. n. 85/2018/PP/sr

Torino, 16 marzo 2018

**A TUTTE LE FARMACIE
DELLA CITTA' METROPOLITANA
DI TORINO**

LORO INDIRIZZI

OGGETTO: Corso ECM “Problematiche allergiche” – 5 Aprile 2018

La scrivente comunica, come già anticipato nella circolare n° 53 del 6 marzo u.s., che è stato organizzato il seguente Evento formativo:

“PROBLEMATICHE ALLERGICHE”

OBIETTIVO:

(10) - epidemiologia - prevenzione e promozione della salute con acquisizione di nozioni tecnico-professionali

Le relazioni prenderanno in considerazione le principali malattie in ambito allergologico sia dell'adulto che del bambino, dal punto di vista epidemiologico, diagnostico, clinico e terapeutico. In un ambito delicato come quello allergologico con malattie importanti come l'asma o lo shock anafilattico, è importante che anche i farmacisti acquisiscano le nozioni più rilevanti dal punto di vista gestionale. In un momento storico come questo, in cui si fa strada il “fai date” del web, parlare una lingua comune, basata sulla medicina dell'evidenza, tra gli operatori sanitari riveste particolare importanza.

PROGRAMMA:

- 19.45 - 20.00: Registrazione partecipanti;
- 20.00 - 21.00: Le principali malattie di interesse allergologico;
- 21.00 - 22.00: La diagnostica allergologica;
- 22.00 - 23.00: Terapia delle malattie allergiche secondo le linee guida;
- 23.00 - 23.30: Discussione di casi clinici;
- 23.30 - 24.00: Chiusura lavori e somministrazione questionario finale di apprendimento.

Il corso, della durata di una serata, si svolgerà:

c/o la Sala Riunioni dell'Associazione Titolari di Farmacia

Via B. Galliani 10/A – TORINO

dalle ore 20.00 alle ore 24.00

Giovedì 5 Aprile 2018

4 crediti ECM

Provider: Farmaservizi Formazione s.r.l.

Relatori: Dott. Massimo LANDI, medico chirurgo specializzato in pediatria e patologia generale, collaboratore di ricerca nel gruppo di ricerca di Allergologia e Pneumologia Pediatrica.

Grazie al finanziamento di Fondo Conoscenza il diritto di partecipazione all'Evento è pari a € **10,00 esente IVA per i dipendenti delle Farmacie aderenti a tale Fondo e per i Titolari di tali farmacie accompagnati da almeno un dipendente** (adesione che non implica nessun costo aggiuntivo per la Farmacia).

Per i dipendenti delle Farmacie non aderenti al Fondo e per i Titolari non accompagnati da un dipendente è previsto un costo di partecipazione pari a € 50,00 esente IVA.

IMPORTANTE: per poter partecipare al Corso utilizzando il finanziamento di Fondo Conoscenza **è necessario compilare anche i documenti in allegato (2 e 6).**

Per chi li avesse già consegnati in seguito alla Circolare n° 53 del 06/03/2018, non sarà necessario provvedere nuovamente, in quanto già agli atti ed archiviati.

Per coloro che dovessero ancora compilarli, sottolineiamo che per le Farmacie clienti di Farmalavoro, Farmadati e Farmatributi la compilazione dei dati richiesti nei documenti allegati (anagrafici, di dimensione di impresa, data adesione al fondo, numero piano...) sarà operata dagli stessi uffici, una volta ricevuti i moduli sottoscritti.

Per tutti gli altri, in caso di dubbio, siamo a disposizione per fornire i necessari chiarimenti per una corretta compilazione.

Si chiede quindi di far pervenire tali documenti alla segreteria Farmaservizi Formazione s.r.l. in originale tramite grossista ed anticiparli tramite fax allo 011.56.98.958 con allegata fotocopia del documento di identità valido.

Si informa che per le Farmacie che non hanno ancora consegnato i Documenti per l'adesione a Fondo Conoscenza (Circolare n° 42 del 21 febbraio u.s.) è stata accordata una **proroga** rispetto al termine previsto per la consegna dei documenti richiesti. E' quindi ancora possibile sottoporre tali

documenti, in modo tale da poter così usufruire del corso qui proposto, ad una quota ridotta pari a € 10,00 anziché di € 50,00.

L'iscrizione al corso è obbligatoria ed è da effettuare entro il 02/04/2018:

inviando il modulo via fax 011.56.98.958 oppure tramite

e-mail all'indirizzo: corsi@farmapiemonte.org

Cordiali saluti,

IL PRESIDENTE

dott. Paolo PRINO

deskPDF Studio Trial

SCHEDA DI ADESIONE (selezionare il/i corso/i di interesse)

Da inviare tramite fax allo 011.56.98.958 o tramite e-mail : corsi@farmapiemonte.org

<i>Problematiche allergiche</i>	05-04-2018	X
<i>Dermatologia per immagini. Unico corso diviso (1° serata pediatrica e 2° serata adulti)</i>	11 e 17-04-2018	
<i>Dottore, il mio cane è pieno di croste e si gratta tanto: mi dà qualcosa? - Un approfondimento sulle principali parassitosi, dermatiti ed otiti del cane e del gatto</i>	18-04-2018	
<i>Infezioni delle vie urinarie e prostatiti: quando diventano un problema</i>	07-05-2018	
<i>Otorinolaringoiatria. Primo: non nuocere!</i>	08-05-2018	
<i>Il ruolo del farmacista nel disturbo del comportamento alimentare</i>	17-05-2018	
<i>Le disfunzioni e i sintomi del basso apparato urinario, lui e lei: dall'adenoma di prostata all'incontinenza urinaria</i>	21-05-2018	
<i>Diete vegane, vegetariane..ci sono carenze?</i>	28-05-2018	
<i>Problematiche oculistiche di più frequente riscontro</i>	05-06-2018	
<i>Il Carcinoma Prostatico</i>	11-06-2018	

FARMACIA: _____

PARTECIPANTE:

PER IL DIPENDENTE (partecipazione obbligatoria)

COGNOME E NOME: _____ DATA E LUOGO DI NASCITA: _____

CODICIE FISCALE: _____

Indirizzo e-mail (dove verrà inviata la conferma dell'iscrizione) _____

Tipologia contrattuale (esempio tempo determinato, indeterminato, apprendista,...) _____

Anno di Assunzione: _____ Assunzione ai sensi della legge 68/99(si/no) _____

Tipo fascia protetta (diversamente abile, over 45, immigrato) si/no _____

PER IL TITOLARE (partecipazione facoltativa):

COGNOME E NOME: _____ DATA E LUOGO DI NASCITA: _____

CODICE FISCALE: _____

Indirizzo e-mail (dove verrà inviata la conferma dell'iscrizione) _____

FATTURA INTESATA A :

PARTECIPANTE

O

FARMACIA

Via _____ RAG.SOCIALE _____

CAP: _____ COMUNE _____ CAP: _____ COMUNE _____

C.FISCALE _____ P.IVA _____

NB: La conferma dell'avvenuta iscrizione avverrà mediante comunicazione da parte della Segreteria Farmaservizi Formazione tramite e-mail.

Tutti coloro che non rientreranno nel numero previsto non verranno contattati ed il loro nominativo verrà preso in considerazione per future riedizioni del medesimo evento.

Soltanto in caso di eventuali rinunce da parte degli effettivi iscritti, la scrivente, in ordine cronologico di richieste, contatterà i nominativi precedentemente esclusi.

Spett.le
GAIA Italy srl
Via S. Valfrè, 14
10121 – Torino
(Soggetto Proponente)

e

Spett.le
FONDO CONOSCENZA
Corso d'Italia, 39
00198 – ROMA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov. _____ il _____,
residente a _____ Prov. _____, Via _____ n. _____, CAP
_____, Codice Fiscale _____, Telefono _____, in
qualità di legale rappresentante dell'Azienda _____, Codice Fiscale
_____, P. IVA _____, con sede in _____
Prov. _____, Via _____ n. _____ CAP _____, Telefono _____, Fax
_____, e-mail _____, PEC _____, Matricola/e INPS n.
_____, aderente a Fondo Conoscenza da (mm/aa) _____

Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle conseguenze previste dall'art. 75 e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi


DICHIARA

- la non sussistenza delle clausole di esclusione di cui all'art. 38, comma 1, del D.Lgs. n. 163/2006 e s.m.i.;
- che nei confronti del/della sottoscritto/a non sussistono le cause di divieto, decadenza o sospensione previste dall'art. 10 della legge n. 575 del 31 maggio 1965 e indicate nell'allegato 1 al D.Lgs. n. 490/1994 e s.m.i.;
- di non avere procedimenti in corso ai sensi dell'art. 416/bis del codice penale;
- di applicare integralmente il CCNL di categoria stipulato da organizzazioni sindacali comparativamente rappresentative a livello nazionale;
- di applicare il contratto collettivo di lavoro anche per i soci della cooperativa (*solo per le cooperative*);
- di rispettare la normativa in materia fiscale, previdenziale e di sicurezza dei lavoratori (D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.);
- in riferimento agli obblighi previsti dalla Legge 68/99 in materia di inserimento al lavoro dei disabili (*barrare l'opzione prescelta*):
 - di non essere soggetto in quanto l'Azienda rappresentata ha un numero di dipendenti inferiore a 15;
 - di non essere soggetto in quanto, pur avendo l'Azienda rappresentata un numero di dipendenti compreso fra 15 e 35, la stessa non ha effettuato nuove assunzioni dal 18/01/2000 o, se anche le ha effettuate, rientra nel periodo di esenzione dalla presentazione della certificazione;
 - di essere in regola con le norme che disciplinano l'inserimento al lavoro dei disabili.

- di aver preso visione delle Linee Guida sulle procedure di funzionamento, gestione, controllo e rendicontazione dei Piani Formativi finanziati da Fondo Conoscenza;
- che l'Azienda rappresentata ha un organico di n. _____ dipendenti;
- che i locali in cui ha sede l'Azienda rappresentata sono conformi alla normativa in materia di salute e sicurezza sul posto di lavoro;
- che l'Azienda rappresentata appartiene alla seguente categoria secondo quanto stabilito dalle definizioni comunitarie vigenti:
 - Micro impresa
 - Piccola Impresa
 - Media impresa
 - Grande impresa.

Il/La sottoscritto/a si impegna in caso di ammissione a finanziamento del suddetto Piano Formativo, a mantenere l'adesione al Fondo fino all'esito della rendicontazione dello stesso.

Il/La sottoscritto/a inoltre delega GAIA Italy srl, Ente accreditato presso il Fondo, a presentare il Piano Formativo dal titolo

<i>Problematiche allergiche</i>	
<i>Dermatologia per immagini. Unico corso diviso (1° serata pediatrica e 2° serata adulti)</i>	
<i>Dottore, il mio cane è pieno di croste e si gratta tanto: mi dà qualcosa? - Un approfondimento sulle principali parassitosi, dermatiti ed otiti del cane e del gatto</i>	
<i>Infezioni delle vie urinarie e prostatiti: quando diventano un problema</i>	
<i>Otorinolaringoiatria. Primo: non nuocere!</i>	
<i>Il ruolo del farmacista nel disturbo del comportamento alimentare</i>	
<i>Le disfunzioni e i sintomi del basso apparato urinario, lui e lei: dall'adenoma di prostata all'incontinenza urinaria</i>	
<i>Diete vegane, vegetariane..ci sono carenze?</i>	
<i>Problematiche oculistiche di più frequente riscontro</i>	
<i>Il Carcinoma Prostatico</i>	
<i>Corso di lingua: inglese - livello base</i>	
<i>Corso di lingua: inglese - livello intermedio</i>	
<i>Corso di lingua: francese</i>	
<i>Corso di lingua: spagnolo</i>	

Codice Identificativo Piano e a riceverne il finanziamento da Fondo Conoscenza.

Si allega copia fotostatica di un documento di riconoscimento del dichiarante in corso di validità

Luogo e data _____


Timbro e firma del dichiarante

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale le presenti dichiarazioni vengono rese e autorizza il trattamento dei suddetti dati.

Timbro e firma del dichiarante

Spett.le
FONDO CONOSCENZA
 Corso d'Italia, 39
 00198 – ROMA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov. _____ il _____,
 residente a _____ Prov. _____, Via _____ n. _____, CAP
 _____, Codice Fiscale _____, Telefono _____, in
 qualità di legale rappresentante dell'Azienda _____, Codice Fiscale
 _____, P. IVA _____, con sede in _____
 Prov. _____, Via _____ n. _____ CAP _____, Telefono _____, Fax
 _____, e-mail _____, PEC _____, Matricola/e INPS n.
 _____, aderente a Fondo Conoscenza da (mm/aa) _____, Soggetto Beneficiario del
 Piano Formativo dal titolo:

<i>Problematiche allergiche</i>	
<i>Dermatologia per immagini. Unico corso diviso (1° serata pediatrica e 2° serata adulti)</i>	
<i>Dottore, il mio cane è pieno di croste e si gratta tanto: mi dà qualcosa? - Un approfondimento sulle principali parassitosi, dermatiti ed otiti del cane e del gatto</i>	
<i>Infezioni delle vie urinarie e prostatiti: quando diventano un problema</i>	
<i>Otorinolaringoiatria. Primo: non nuocere!</i>	
<i>Il ruolo del farmacista nel disturbo del comportamento alimentare</i>	
<i>Le disfunzioni e i sintomi del basso apparato urinario, lui e lei: dall'adenoma di prostata all'incontinenza urinaria</i>	
<i>Diete vegane, vegetariane..ci sono carenze?</i>	
<i>Problematiche oculistiche di più frequente riscontro</i>	
<i>Il Carcinoma Prostatico</i>	
<i>Corso di lingua: inglese - livello base</i>	
<i>Corso di lingua: inglese - livello intermedio</i>	
<i>Corso di lingua: francese</i>	
<i>Corso di lingua: spagnolo</i>	

Codice Identificativo Piano _____

Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle conseguenze previste dall'art. 75 e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

- che l'Azienda rappresentata appartiene alla seguente categoria secondo quanto stabilito dalle definizioni comunitarie vigenti:
 - Micro impresa
 - Piccola Impresa
 - Media impresa

Grande impresa

- di optare per il seguente Regime di aiuti di Stato (*barrare l'opzione prescelta*):

Regime di aiuti alla formazione (Reg. n. 651/2014), pari ad una percentuale di Contributo Privato Obbligatorio del 30 %¹

Regolamento (UE) n. 1407/2013 della Commissione del 18 dicembre 2013 relativo all'applicazione degli articoli 107 e 108 del trattato sul funzionamento dell'Unione Europea agli aiuti "de minimis" – GUUE n. L 352/1 del 24.12.2013

Regolamento (UE) n. 1408/2013 della Commissione del 18 dicembre 2013 relativo all'applicazione degli articoli 107 e 108 del trattato sul funzionamento dell'Unione Europea agli aiuti "de minimis" nel settore agricolo – GUUE n. L. 352/9 del 24.12.2013

Regolamento UE n. 717/2014 della Commissione del 27 giugno 2014 relativo all'applicazione degli Articoli 107 e 108 del trattato sul funzionamento dell'Unione Europea agli Aiuti "De Minimis" nel Settore della pesca e dell'acquacoltura

- che nell'esercizio finanziario in corso e nei due esercizi finanziari precedenti (*barrare un'opzione solo nel caso di scelta del regime "de minimis"*)

non ha ricevuto contributi in regime "de minimis";

ha ricevuto contributi in regime "de minimis" di seguito indicati:

Data di concessione	Importo	Ente concedente	Normativa di riferimento

- che l'Azienda rappresentata (*barrare un'opzione solo nel caso di scelta del regime "de minimis"*):

non è controllata né controlla, direttamente o indirettamente, altre imprese.

controlla, anche indirettamente, le imprese seguenti aventi sede legale in Italia, per ciascuna delle quali presenta questa dichiarazione:

Denominazione/Ragione Sociale	Sede legale	Codice Fiscale

è controllata, anche indirettamente, dalle imprese seguenti aventi sede legale o unità operativa in Italia, per ciascuna delle quali presenta questa dichiarazione:

Denominazione/Ragione Sociale	Sede legale	Codice Fiscale

- di non versare in condizioni di difficoltà, come definite dall'art. 2 comma 18 del medesimo Regolamento (UE) n. 651/2014 e nella comunicazione 2004/C244/2 pubblicata sulla G.U.U.E. C244 dell'1/10/2004;

- in merito agli aiuti dichiarati illegali e incompatibili con il mercato comune:

di non aver mai ricevuto aiuti di stato dichiarati illegali e incompatibili con il mercato comune a seguito di una precedente decisione della Commissione Europea e di non essere pertanto destinataria di un ordine di recupero pendente per tali aiuti (riferimento: Elenco decisioni "recupero aiuti illegali" pubblicato nel sito <http://www.politichecomunitarie.it/attivita/16717/aiuti-temporanei-anticrisi>).

di aver ricevuto degli aiuti di stato dichiarati illegali ed incompatibili con il mercato comune e di:

non essere tenuto all'obbligo di restituzione delle somme fruite;

di aver rimborsato la somma percepita, comprensiva di interessi;

¹ Non può essere inferiore al 30%

di aver depositato la somma percepita nel conto di contabilità speciale acceso presso la Banca d'Italia.

- di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo o che nei propri riguardi non sia in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni;
- di rientrare nel campo di applicazione del Regolamento prescelto e ne rispetta tutte le condizioni.

Si allega copia fotostatica di un documento di riconoscimento del dichiarante in corso di validità.

Luogo e data _____

Timbro e firma del dichiarante

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali”, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale le presenti dichiarazioni vengono rese e autorizza il trattamento dei suddetti dati.

Timbro e firma del dichiarante
