

Circ. n. 190/2018  
Prot. n. 248/2018/PP/sr

Torino, 5 Settembre 2018

**A TUTTE LE FARMACIE  
DELLA CITTA' METROPOLITANA DI  
TORINO E PROVINCIA  
A TUTTI I COLLABORATORI  
LORO INDIRIZZI**

**OGGETTO: CALENDARIO EVENTI ECM AUTUNNO - 2018**

La scrivente comunica che, grazie al Fondo interprofessionale Fondo Conoscenza (vedi circolare n° 42 del 21 febbraio u.s.) sono stati organizzati i seguenti eventi formativi:

Titolo	Docente	Obiettivo Formativo	Partecipanti	Data	Crediti
<i>Carcinoma Prostatico</i>	<b>Dott. Ceruti</b>	(10) epidemiologia - prevenzione e promozione della salute con acquisizione di nozioni tecnico-professionali	100	<b>17-10-2018</b> 20.00 - 24.00	4
<i>Le disfunzioni sessuali nel 2018</i>	<b>Dott. Ceruti</b>	(18) contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica. malattie rare	100	<b>07-11-2018</b> 20.00 - 24.00	4
<i>Sordità e vertigini</i>	<b>Dott. Ferrero</b>	(18) contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica. malattie rare	100	<b>12-11-2018</b> 20.00 - 24.00	4

Titolo	Docente	Obiettivo Formativo	Partecipanti	Data	Crediti
<i>Corso "Cane e gatto: piccoli uomini?"</i>	<b>Dott. Bianchi</b>	(24) sanità veterinaria	100	<b>15-11-2018</b> 20.00 - 24.00	4
<i>Problematiche del sonno: come trattarle in prima battuta</i>	<b>Prof. Cicolin</b>	(18) contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica. malattie rare	100	<b>27-11-2018</b> 20.00 - 24.00	4
<i>L'infertilità maschile</i>	<b>Dott. Ceruti</b>	(18) contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica. malattie rare	100	<b>28/11/2018</b> 20.00 - 24.00	4
<i>La calcolosi urinaria: le moderne strategie di trattamento</i>	<b>Dr. Ceruti</b>	(18) contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica. malattie rare	100	<b>12/12/2018</b> 20.00 - 24.00	4

I Corsi si svolgeranno presso la Sala Il Centro in Centro della Associazione Titolari di Torino,  
Via B. Galliani 10/A – 10125 - Torino

\*\*\*\*\*

Grazie al finanziamento di Fondo Conoscenza il diritto di partecipazione ai singoli eventi è limitato a soli **€ 10,00 esente IVA per i dipendenti delle Farmacie aderenti a Fondo Conoscenza 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.**

L'iscrizione è da effettuare compilando l'apposita **scheda di adesione**  
**entro il 14/09/2018**, barrando i corsi di vostro interesse e inviando il modulo via  
fax: **011.56.98.958** oppure tramite  
e-mail all'indirizzo: **corsi@farmapiemonte.org**

**IMPORTANTE:** per poter partecipare utilizzando il finanziamento del fondo interprofessionale è **necessario compilare oltre alla SCHEDA DI ADESIONE, anche i documenti in allegato (All. 1 e All.2).**

**Per le Farmacie clienti di Farmalavoro sarà necessario inserire unicamente:**

- **Dati anagrafici del Titolare**
- **Ragione sociale della Farmacia**
- **Timbro e firma al fondo della Delega.**

**Gli altri campi verranno compilati dai nostri Uffici.**

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.

Si informa che le Farmacie che non hanno ancora aderito a Fondo Conoscenza (Circolare n° 42 del 21 febbraio u.s.) sono invitate ad inviare entro il **14 SETTEMBRE** il modulo di adesione al Fondo (All.3) oltre agli allegati per l'adesione ai Corsi della presente Circolare (All.1 e All.2) il tutto accompagnato dalla fotocopia del documento di identità valido del Titolare, in modo tale da poter così usufruire dei Corsi qui proposti, ad una quota ridotta pari a 10,00€ anziché di 50,00€.

IL PRESIDENTE  
dott. Paolo PRINO

## 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>Il Carcinoma Prostatico</i>	17-10-2018	
<i>Le disfunzioni sessuali nel 2018</i>	07-11-2018	
<i>Sordità e vertigini</i>	12-11-2018	
<i>Corso "Cane e gatto: piccoli uomini?"</i>	15-11-2018	
<i>Problematiche del sonno: come trattarle in prima battuta</i>	27-11-2018	
<i>L'infertilità maschile</i>	28-11-2018	
<i>La calcolosi urinaria: le moderne strategie di trattamento</i>	12-12-2018	

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  
FARMASERVIZI FORMAZIONE  
Via Sant'Anselmo, 14  
10125 - TORINO

(Soggetto Proponente)

e

spett.le  
GAIA ITALY SRL  
VIA S. VALFRE' 14  
10121 TORINO

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 AGGIORNAMENTO FORMAZIONE LAVORATORI ed III , 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 AGGIORNAMENTO FORMAZIONE LAVORATORI ed III,  
 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 \_\_\_\_%<sup>1</sup>
  - 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

<sup>1</sup> Non può essere inferiore al 30%


- 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/attività/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;

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**

---

Spett.le  
FARMASERVIZI FORMAZIONE  
Via Sant'Anselmo, 14  
10125 - TORINO

e

GAIA ITALY srl  
Via S. Valfrè, 14  
10121 - TORINO

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) \_\_\_\_\_

**Manifesta**

l'interesse a far partecipare l'azienda rappresentata, in qualità di soggetto beneficiario, ad uno o più Piani Formativi presentati da Codesto Spettabile Ente ai sensi dell'Avviso 1/2018 di Fondo Conoscenza nell'ambito delle varie scadenze previste.

A tal fine il/la sottoscritto/a, 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 ha un organico di n. \_\_\_\_\_ dipendenti per i quali versa lo 0,30% al Fondo;
- di essere in possesso dei requisiti richiesti dal suddetto Avviso.

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**

\_\_\_\_\_