

Circ. n. 165/2015
Prot. n. 229/2015/PP/sr

Torino, 11 Settembre 2015

**A TUTTE LE FARMACIE
DI TORINO E PROVINCIA
LORO INDIRIZZI**

OGGETTO: EDUCAZIONE CONTINUA - SEGNALAZIONE EVENTO

**AUTO-CHECK UP DI FARMACIA. ANALIZZARE E OTTIMIZZARE
LA RESA DEGLI SPAZI: STRUMENTI CONCRETI PER RIDURRE
DISPERSIONI E POTENZIARE LA MARGINALITÀ.**

La scrivente comunica che vi sono ancora posti disponibili per il seguente evento formativo :

Titolo	Partecipanti	Data	Crediti	
AUTO-CHECK UP DI FARMACIA ANALIZZARE E OTTIMIZZARE LA RESA DEGLI SPAZI: STRUMENTI CONCRETI PER RIDURRE DISPERSIONI E POTENZIARE LA MARGINALITÀ	FondItalia	100	19-20 Novembre Dalle ore 20.00 alle ore 24.00	8

Si ricorda che questo corso formativo sarà svolto grazie ai fondi di FondItalia; **per poter partecipare al corso è necessario compilare le parti evidenziate e sottoscrivere i documenti in allegato (“ALLEGATO 4/1” solo per chi non l’avesse ancora compilato – (ALLEGATO 6/1 da compilare e firmare tutte le volte) che consentiranno a Farmaservizi Formazione di attingere alle risorse economiche dedicate.**

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

Per venire incontro alle necessità di Fonditalia, che ci richiede la suddetta documentazione almeno un mese prima dell’evento, si fa presente che **l’iscrizione al corso dovrà essere effettuata entro e non oltre il 16/09/2015,** per poter usufruire dei finanziamenti:

il diritto di partecipazione ai singoli eventi è pari a **€ 10,00 esente IVA per i dipendenti delle Farmacie aderenti a FondItalia 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 strutture non aderenti al Fondo e per i Titolari non accompagnati da un dipendente è previsto un costo di partecipazione pari a € 50,00;**

Nel caso in cui l'iscrizione avvenga dopo tale data, il costo del corso sarà di € 50,00 anche per gli aderenti a Fonditalia.

Provider: Farmaservizi Formazione s.r.l.

RELATORE: Medico chirurgo Dott.ssa Daniela Lazzeretti

La partecipazione, è limitata a 100 laureati in Farmacia e CTF. Il corso consentirà l'acquisizione di **8 crediti ECM**.

PROGRAMMA:

1^ sessione - ANALISI E OTTIMIZZAZIONE DELLA RESA DEL LAY-OUT

- L'architettura degli spazi (1h)
 - Gli indicatori di efficacia: valutazione della costruzione degli spazi
 - La progettazione del punto vendita
 - Lo Store design
- I criteri espositivi e le leve di Visual merchandising (1h)
 - Il Visual merchandising: definizione ed obiettivi, chiavi di valutazione
 - Le leve di Visual merchandising
 - Il layout fisico & merceologico
- Il display (1h)
 - Gli indicatori di performance
 - La costruzione dello scaffale di vendita
 - I livelli espositivi e la presentazione del Prodotto
 - Il cross merchandising

Esercitazioni pratiche su esempi reali di progettazione di Farmacia (1h)

2^ sessione - ANALISI E OTTIMIZZAZIONE DELLA COMUNICAZIONE

Verifiche pratiche dei contenuti della sessione precedente (1h)

- La Comunicazione sul Punto vendita (1h)
 - La vetrina come strumento di comunicazione
 - La tipologia di vetrina ed i requisiti base
 - L'organizzazione dello spazio visivo, pianificazione commerciale della vetrina
 - Le finalità della comunicazione in Farmacia
 - Le tipologie e i requisiti della comunicazione
- Elementi di Category Management (1h)
 - Il Category Management: definizione e obiettivi
 - L'albero delle categorie
 - Il ruolo delle categorie
 - L'analisi del comportamento del consumatore per la costruzione delle categorie

Esercitazioni pratiche su esempi reali di progettazione di Farmacia (1h)

IL PRESIDENTE
dott. Paolo PRINO

SCHEMA DI ADESIONE

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

Titolo	Data	Crediti
AUTO-CHECK UP DI FARMACIA ANALIZZARE E OTTIMIZZARE LA RESA DEGLI SPAZI: STRUMENTI CONCRETI PER RIDURRE DISPERSIONI E POTENZIARE LA MARGINALITÀ	FondItalia	19-20 Novembre

FARMACIA: _____

LOCALITA': _____ **N° TEL.:** _____

N°MATRICOLA INPS _____ **N°TOTALE DIPENDENTI:** _____

DI CUI N° DONNE: _____

N° LAVORATORI CON ALTRO CONTRATTO: _COCOPRO_ APPRENDISTI: _____

PARTECIPANTE:

PER IL DIPENDENTE (partecipazione obbligatoria)

COGNOME E NOME: _____

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: _____

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

FATTURA INTESTATA 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.

Allegato 4 / 1
Linee Guida Sportello Imprese Fonditalia
DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO BENEFICIARIO DI PIANO
(resa ai sensi del D.P.R. 28-12-2000 n.445)

Il sottoscritto _____

nato il _____ a _____

in qualità di legale rappresentante di _____

indirizzo (personale) _____

telefono _____ fax _____

e-mail _____

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000

1. dichiara di aver fornito al soggetto *FARMASERVIZI FORMAZIONE S.R.L.* tutte le indicazioni richieste da FondItalia per la partecipazione al piano a valere sulle Linee Guida Sportello Imprese 2010-2012;
2. si impegna a ratificare dette informazioni nei termini e con le modalità previste dalle Linee Guida Sportello Imprese 2010-2012;
3. autorizza FondItalia al trattamento dei dati a norma del D.Lgs. 196/03;
4. dichiara di essere aderente a Fonditalia;
5. chiede all'organismo *FARMASERVIZI FORMAZIONE S.R.L.* di inserire l'impresa rappresentata nel Piano "FORMAZIONE CONTINUA *FARMASERVIZI FORMAZIONE*" codice sistema FondItalia _____ a valere sulle Linee Guida Sportello Imprese 2010-2012 approvate dal CDA del 14 luglio 2010;
6. stabilisce che le risorse provenienti dall'accantonamento dello 0,30% siano da considerarsi in condivisione solidale con tutte le imprese beneficiarie del suddetto Piano.
7. autorizza il soggetto Proponente il piano codice _____ all'utilizzo delle risorse accantonate dall'impresa da me rappresentata per le attività di formazione continua previste da Fonditalia, secondo i criteri di opportunità e necessità formativa identificati dallo stesso soggetto Proponente.

Luogo e Data

firma del legale rappresentante
(allegare fotocopia del documento d'identità valido)

Allegato 6 / 1
Linee Guida Sportello Imprese FondItalia
RICHIESTA CONTRIBUTO
E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO BENEFICIARIO DI PROGETTO
(resa ai sensi del D.P.R. 28-12-2000 n.445)

Il sottoscritto _____

nato il _____ a _____

in qualità di legale rappresentante di _____

indirizzo _____

telefono _____ fax _____

e-mail _____

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000

1. dichiara di aver preso visione delle Linee Guida Sportello Imprese 2010-2012 e ai fini della partecipazione di aver fornito al soggetto *FARMASERVIZI FORMAZIONE S.R.L.* tutte le indicazioni richieste da FondItalia per la presentazione del progetto a valere sulle Linee Guida Sportello Imprese 2010-2012;
2. si impegna a ratificare dette informazioni nei termini e con le modalità previste dalle Linee Guida Sportello Imprese 2010-2012;
3. autorizza FondItalia al trattamento dei dati a norma del D.Lgs. 196/03;
4. delega l'organismo *FARMASERVIZI FORMAZIONE S.R.L.* a predisporre e a presentare il Progetto "**AUTO-CHECK UP DI FARMACIA ANALIZZARE E OTTIMIZZARE LA RESA DEGLI SPAZI: STRUMENTI CONCRETI PER RIDURRE DISPERSIONI E POTENZIARE LA MARGINALITÀ**" codice sistema FondItalia _____ a valere sul Piano "FORMAZIONE CONTINUA FARMASERVIZI FORMAZIONE" codice sistema FondItalia _____ presentato per le Linee Guida Sportello Imprese 2010-2012;
5. si impegna, in quanto soggetto beneficiario di progetto, a rimanere aderente a FondItalia fino all'erogazione del saldo;
6. conferma formalmente la delega al soggetto Proponente del Piano a valere sul quale è stato approvato il Progetto "**AUTO-CHECK UP DI FARMACIA ANALIZZARE E OTTIMIZZARE LA RESA DEGLI SPAZI: STRUMENTI CONCRETI PER RIDURRE DISPERSIONI E POTENZIARE LA MARGINALITÀ**", all'utilizzo delle risorse accantonate dall'impresa da me rappresentata secondo i criteri di opportunità e necessità formativa identificati dallo stesso soggetto Proponente. Tale delega è confermata fino a quando l'accantonamento delle risorse dell'impresa da me rappresentata sia sufficiente a recuperare il contributo riconosciuto per il Progetto di cui sopra.
7. **richiede per la propria impresa un contributo per la realizzazione delle attività previste dal progetto di euro _____, _____**
8. dichiara che il contributo richiesto per la propria impresa è **fuori applicazione della normativa vigente sugli Aiuti di Stato** alla formazione, ai sensi della circolare del Ministero del Lavoro n°0010235 del 12 giugno 2009 e s.m.i..
9. si impegna, nel caso di approvazione del Progetto, a co-finanziarlo per un importo pari alla differenza fra il costo totale del progetto e il contributo riconosciuto da FondItalia.

Luogo e Data

firma del legale rappresentante
