

Circ. n. 50/2017  
Prot. n. 80/2016/PP/sr

Torino, 27 Febbraio 2017

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

**OGGETTO: EDUCAZIONE CONTINUA - SEGNALAZIONE EVENTI**

La scrivente comunica che è stato organizzato il seguente evento formativo :

Titolo		Partecipanti	Data	Crediti
SPEZIE NELL'ALIMENTAZIONE E INTERAZIONE CON I FARMACI	FondItalia	100	9/05/2017 Dalle ore 20.00 alle ore 24.00	4

Si ricorda che questi corsi formativi sono svolti grazie ai fondi di FondItalia; **per poter partecipare ai corsi è necessario compilare le parti evidenziate e sottoscrivere i documenti in allegato ("DELEGA 4/1" All.1 e DELEGA 6/1 All.2 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 anticiparli tramite fax allo 011.56.98.958 con allegata 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 17/03/2017**, 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.

**Relatori:** Dott. Paolo BELLINGERI, Dirigente Medico specializzato in Biologia clinica.

**Luogo Evento:** Sala conferenze Il Centro in Centro di Via B. Galliani 10/A Torino.

La partecipazione, è limitata a 100 laureati in Farmacia e CTF. Il corso consentirà l'acquisizione di **4 crediti ECM**.

**Obiettivi evento:** Il corso si pone come obiettivo una buona conoscenza delle basi dell'alimentazione in ambito oncologico, con particolare riferimento all'utilizzo di spezie ed erbe aromatiche.

Facendo riferimento alle raccomandazioni del WCRF e del NCI (National Cancer Institute), che ci ricordano che un buon regime alimentare ci protegge anche dalle patologie cronico degenerative, mantenendoci sani.

Verranno presi in esame i concetti basilari (le regole del WCRF) dell'alimentazione in oncologia, entrando nello specifico dei cibi che possono aiutare la risposta dell'organismo all'evoluzione del processo canceroso e nella riduzione degli effetti collaterali durante una chemio-radioterapia.

In particolare saranno trattate, delle singole spezie ed erbe aromatiche, le interazioni nelle pathway di interesse oncologico (mTor, AMPK, AKT, FOXO), con esempi pratici per adattare le informazioni ricevute ai pazienti sia in trattamento chemioterapico che in fase di prevenzione.

#### **PROGRAMMA:**

19.45 - 20.00 : Registrazione partecipanti

20.00 - 20.30 : Presentazione dei contenuti ed elaborazione del progetto didattico

20.30 - 22.30: La corretta alimentazione secondo il WCRF. Quali carboidrati, proteine e grassi

22.30 - 23.45: Spezie elemento terapeutico e loro interazioni farmacologiche

23.45 – 24.00: Questionario finale di apprendimento

**L'iscrizione ai corsi è obbligatoria ed è da effettuare entro il 17/03/2017:**

inviando il modulo via fax 011.56.98.958 oppure tramite

e-mail all'indirizzo: [corsi@farmapiemonte.org](mailto:corsi@farmapiemonte.org)

L'AMMINISTRATORE DELEGATO  
Dott. Davide COCIRIO

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
SPEZIE NELL'ALIMENTAZIONE E INTERAZIONE CON I FARMACI	<b>FondItalia</b>	9/05/2017 Dalle ore 20.00 alle ore 24.00

FARMACIA: \_\_\_\_\_

LOCALITA': \_\_\_\_\_ N° TEL.: \_\_\_\_\_

N°MATICOLA 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**

**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

Telefono

Fax

Email

Partita IVA

Codice Fiscale

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. Dichiaro di aver fornito all'Ente Proponente FARMASERVIZI FORMAZIONE SRL tutte le informazioni richieste da FondItalia per la partecipazione al Piano secondo quanto indicato dal "Manuale di Gestione e Rendicontazione delle Attività Finanziate da FondItalia" approvato nel C.D.A. del 17.12.2015;
2. si impegna a ratificare dette informazioni nei termini e con le modalità previste dal "Manuale di Gestione e Rendicontazione delle Attività Finanziate da FondItalia" approvato nel C.D.A. del 17.12.2015;
3. autorizza FondItalia al trattamento dei dati a norma del D.Lgs. 196/03;
4. dichiara di essere aderente a FondItalia;
5. chiede all'Ente Proponente FARMASERVIZI FORMAZIONE SRL di inserire l'impresa rappresentata nel Piano " Formazione Continua FARMASERVIZI " protocollo FondItalia o ID. del Piano in compilazione su Piattaforma FemiWeb 01SF038 secondo quanto indicato dal "Manuale di Gestione e Rendicontazione delle Attività Finanziate da FondItalia" approvato nel C.D.A. del 17.12.2015;
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 l'Ente Proponente il Piano protocollo o ID. del Piano in compilazione su Piattaforma FemiWeb 01SF038 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 Ente Proponente;
8. in virtù dell'autorizzazione rilasciata all'Ente Proponente il Piano con protocollo 01SF038, a norma del precedente punto 7., esonera FondItalia da qualsiasi responsabilità relativamente all'impiego e all'utilizzo delle risorse accantonate dall'impresa da me rappresentata, rinunciando, fin d'ora, a far valere nei confronti del Fondo medesimo qualsivoglia pretesa, rivendicazione e/o contestazione in merito.

Luogo e data

Firma del Legale Rappresentante

(allegare fotocopia del documento d'identità valido)

Allegato 6.1

**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

Email

Partita IVA

Codice Fiscale

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 del "Manuale di Gestione e Rendicontazione delle Attività Finanziate da FondItalia" approvato nel CdA del 17.12.2015 e di aver fornito all'Ente Proponente di Progetto  
FARMASERVIZI FORMAZIONE SRL

tutte le indicazioni richieste da FondItalia per la partecipazione al Progetto.;

2. si impegna a ratificare dette informazioni nei termini e con le modalità previste dal "Manuale di Gestione e Rendicontazione delle Attività Finanziate da FondItalia" approvato nel CdA del 17.12.2015;  
3. autorizza FondItalia al trattamento dei dati a norma del D.Lgs. 196/03;

4. delega l'Ente Attuatore GAIA ITALY SRL

a predisporre e a presentare il Progetto " SPEZIE NELL'ALIMENTAZIONE E INTERAZIONE CON I FARMACI "

ID. del Progetto in compilazione su Piattaforma FemiWeb " 40 " a valere sul Piano  
"Formazione Continua FARMASERVIZI" protocollo FondItalia 01SF038

presentato per lo Sportello Imprese FondItalia;

5. si impegna, in quanto soggetto beneficiario di Progetto, a rimanere aderente a FondItalia fino all'erogazione del saldo;  
6. conferma formalmente la delega all'Ente Proponente del Piano a valere sul quale verrà presentato il Progetto " SPEZIE NELL'ALIMENTAZIONE E INTERAZIONE CON I FARMACI " all'utilizzo delle risorse accantonate dall'impresa da me rappresentata secondo i criteri di opportunità e necessità formativa identificati dallo stesso Ente Proponente. Tale delega è confermata fino a quando l'accantonamento delle risorse dell'impresa da me rappresentata sarà 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 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ /00);

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