\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Città del Docente, Data)

OGGETTO: Conferimento Incarico Docenza

**Gentilissimo Prof./Prof.ssa – Dott./Dott.ssa**  **,**

in considerazione delle Sue competenze professionali abbiamo il piacere di confermarLe l’incarico di Docente/Moderatore/Tutor all’Evento denominato:***” CONVEGNO SIN REGIONE MARCHE/UMBRIA”*** che si svolgerà nella Piattaforma ZOOM il 4 dicembre 2020.

La S.V. dichiara di essere nella condizione giuridica, anche ai sensi della vigente normativa sul Pubblico impiego, di prestare l’attività di consulenza richiesta e nel contempo esonera la scrivente Società da ogni e qualsiasi responsabilità, anche pecuniaria, correlata ad eventuali situazioni difformi da quella dichiarata.

Il/La sottoscritto/a ……………………………………………. nato/a a ……………………………………

il …………………………., residente a ……………………………………………………………………...

Via ……………………………………………………………C.F. / P.IVA ………………………………….

Laurea in……………………………………………………Specializzazione in…………………………..

❑ ACCETTA quanto sopra e dichiara eventualmente di dipendere dalla seguente Amministrazione Pubblica, Dipartimento, Università o altro Istituto (compilare solo se Dipendente):

……………………………………………………………………………………………………………….....

Indirizzo ……………………………………………………………………………………………………….

CAP……………………. Città ……………………………………………………………………………….

Ruolo ricoperto……………………………………………………………………………………………….

**La preghiamo di restituirci una copia della presente, firmata e compilata, per accettazione dell’incarico.**

*Il/la sottoscritto/a, sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni previste dall’art.76 del DPR n.445 del 28/12/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara che quanto sopra riportato corrisponde al vero.”*

*“Dichiara, altresì, di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs n.196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali del 30/06/2003) e dell’Art. 13 del Regolamento UE 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento ECM per il quale la presente dichiarazione viene resa. Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs sopra menzionato.*

A Sua disposizione per eventuali chiarimenti, porgiamo

Distinti Saluti.

 Il Legale Rappresentante

Prof. Leandro PROVINCIALI

Firma per Accettazione incarico

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMATIVA**

**Importante**

**Informativa per la preparazione della Docenza/Relazione**

Nella preparazione della Vostra Docenza/Relazione, Vi preghiamo di tener conto che,

*“nelle attività formative ECM devono essere indicati soltanto i nomi generici (di farmaci, strumenti, presidi) e non può essere riportato alcun nome commerciale né logo, neanche se non correlato con l’argomento trattato*” (\*), quindi è da eliminare ogni possibile riferimento Commerciale/Pubblicitario, per tutti gli Eventi Accreditati ECM.

**\*** - Art. 3.1 delle Linee-Guida per i Manuali di Accreditamento dei PROVIDER Nazionali e Regionali/Province Autonome, Allegato I, Accordo Stato-Regioni del 19 Aprile 2012 e successive modifiche.

Firma per presa visione

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_