

ALLEGATO A

**Richiesta di rimborso del contributo AGENAS per l'accREDITAMENTO di eventi formativi residenziali
accreditati al programma nazionale o regionale ECM**

Il sottoscritto _____ in qualità di legale rappresentante pro
tempore dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di

dichiara

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle conseguenze civili, amministrative e/o penali
che possono derivare da dichiarazioni false o mandati, sotto la propria responsabilità, che l'OPI di
_____ relativamente al corso intitolato “ _____ ”
n° di accreditamento _____ Provider _____ n° _____ crediti E.C.M.
riconosciuti ha sostenuto i costi di seguito descritti:

1. **contributo di accreditamento** pari a € _____
Allegare ricevuta di avvenuto pagamento effettuato in data _____ in favore
di _____
2. **segreteria amministrativa ECM** € _____
Allegare ricevuta di avvenuto pagamento effettuato in data _____ in favore
di _____
3. **costo docenti** pari a € _____
Allegare ricevuta di avvenuto pagamento effettuato in data _____ in favore
di _____
4. **costo della sala per lo svolgimento del corso** € _____
Allegare ricevuta di avvenuto pagamento effettuato in data _____ in favore
di _____



Si allega, inoltre:

- a) programma del corso e breve relazione sul risultato ottenuto (a titolo esemplificativo: numero partecipanti);
- b) rendiconto analitico delle spese;

Tutto ciò premesso e considerato,

Chiede

a codesta Spett.le Federazione il rimborso delle spese sostenute per le attività formative sopra descritte per un totale di € _____

Il contributo richiesto potrà essere versato sul conto corrente, intestato all'OPI di _____ al seguente IBAN _____

L'Ente richiedente, sotto la propria responsabilità, dichiara di aver previamente informato tutti i propri referenti, collaboratori, incaricati o altri soggetti i cui dati personali sono riportati nella presente domanda, ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679, della trasmissione dei loro dati alla Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI) per le finalità connesse alla gestione del presente procedimento.

L'Ente richiedente dichiara di accettare integralmente le disposizioni contenute nel presente bando e si impegna a manlevare e tenere indenne la FNOPI da ogni responsabilità, pretesa, contestazione o azione, anche promossa da terzi o da autorità competenti, derivante dall'omessa, incompleta, inesatta o comunque non conforme informativa resa agli interessati in materia di trattamento dei dati personali, nonché da eventuali controversie o contestazioni relative ai rapporti contrattuali intercorrenti con soggetti terzi, restando tali profili nella esclusiva responsabilità dell'Ente richiedente.

N.B. I dati personali e i dati sensibili eventualmente contenuti nei documenti allegati al modulo di domanda dovranno essere accuratamente oscurati prima della trasmissione della domanda alla Federazione.

Luogo e data

firma
