

## **ALLEGATO 02 – MODULO RICHIESTA**

Si prega di compilare la richiesta in ogni sua parte e di inviarla via email almeno 120 giorni prima dell'evento ai seguenti indirizzi: [presidente@sicp.it](mailto:presidente@sicp.it) e [congressi@sicp.it](mailto:congressi@sicp.it)

DESCRIZIONE DELL'EVENTO	
<b>Consiglio Regionale/I proponente</b>	
<b>Per i convegni di macroarea: indicare le altre regioni coinvolte</b>	
<b>Titolo dell'evento</b>	
<b>Data</b>	
<b>Città e sede dell'evento (se già individuata)</b>	
<b>Bozza di programma (orari, titoli delle relazioni/relatori, elenco relatori con qualifiche professionali e affiliazioni)</b>	<b><i>INVIARE IN ALLEGATO IN UN FILE SEPARATO DI WORD</i></b>
<b>Obiettivi formativi</b>	<b><i>INVIARE IN ALLEGATO NEL FILE SEPARATO DI WORD DEL PROGRAMMA</i></b>
<b>Razionale scientifico</b>	<b><i>INVIARE IN ALLEGATO NEL FILE SEPARATO DI WORD DEL PROGRAMMA</i></b>
<b>Numero di partecipanti (indicativo)</b>	
PARTE ECONOMICA	
<b>(Ai fini della definizione dei costi, le chiediamo di rispondere alle seguenti domande)</b>	
<b>La pratica di accreditamento per le professioni sanitarie (vedi elenco da accreditare da Allegato 03)</b>	<input type="checkbox"/> sarà richiesta in forma gratuita al proprio centro di formazione aziendale _____  <input type="checkbox"/> si richiede di utilizzare il provider ufficiale SICP (a pagamento, il costo sarà inserito nel budget dell'evento)  <input type="checkbox"/> è richiesta la pratica di accreditamento per le professioni sanitarie

<p><b>Accreditamento Assistenti Sociali</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Se ne occupa il Consiglio Regionale/I</p> <p><input type="checkbox"/> da richiedere all’Agenzia Congressuale</p> <p><input type="checkbox"/> non è necessario</p>
<p><b>Stampati</b></p> <p><input type="checkbox"/> potrà essere fatto dal/i Consiglio/i R/I/MA gratuitamente</p> <p><input type="checkbox"/> da richiedere all’Agenzia (i costi saranno inseriti nel budget)</p>	<p><input type="checkbox"/> programmi</p> <p><input type="checkbox"/> attestati (fotocopie o stampa tipografo)</p> <p><input type="checkbox"/> badge</p> <p><input type="checkbox"/> locandina</p> <p><input type="checkbox"/> modulistica ECM</p> <p><input type="checkbox"/> fotocopie varie</p> <p><input type="checkbox"/> altro: _____</p>
<p><b>Sede congressuale</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sala e spazi adeguati per sponsor e desk accoglienza</p> <p><input type="checkbox"/> Non sono presenti spazi adeguati per gli sponsor</p>	<p><input type="checkbox"/> a pagamento, costo ipotizzato € _____</p> <p><input type="checkbox"/> gratuita</p> <p>Referente per i contatti (email e cell.) _____</p>
<p><b>La sala è predisposta con la seguente tecnologia:</b></p>	<p><input type="checkbox"/> amplificazione sala e microfonia</p> <p><input type="checkbox"/> pc</p> <p><input type="checkbox"/> videoproiettore</p> <p><input type="checkbox"/> microfoni discussione</p> <p><input type="checkbox"/> altro _____</p> <p>Assistenza tecnica (presenza di un tecnico per tutta la durata dell’evento)</p> <p><input type="checkbox"/> uso gratuito</p> <p><input type="checkbox"/> a pagamento - € _____</p>
<p><b>Eventuale staff volontari di supporto all’evento</b></p>	<p><input type="checkbox"/> preparazione materiale e allestimento</p> <p><input type="checkbox"/> in sede di evento a supporto della segreteria e della sala</p>
<p><b>Budget SICP a disposizione della sede R/I per l’anno 2020</b></p> <p><i>(dato da chiedere alla Segreteria Nazionale SICP: <a href="mailto:segreteria.operativa@sicp.it">segreteria.operativa@sicp.it</a>)</i></p>	<p>€ _____ (IVA inclusa)</p>

	dato del (indicare la data) _____
<b>Indicare le fonti di finanziamento per la copertura del budget:</b> <i>Per ogni azienda, specificare: nome ente/società referente dati di contatto (email e cellulare) eventuale importo concordato</i>	<ol style="list-style-type: none"><li>1.</li><li>2.</li><li>3.</li><li>4.</li><li>5.</li></ol>

***Allegato 03: elenco professioni e discipline per la richiesta dei crediti formativi ECM, da scegliere per la pratica di accreditamento (evidenziare in giallo nell'allegato le professioni/discipline da accreditare)***

Data:

Il Coordinatore/Coordinatori

\_\_\_\_\_  
(si richiede firma scansionata)

### **ALLEGATO 03**

#### **ELENCO PROFESSIONI E DISCIPLINE PER RICHIESTA CREDITI FORMATIVI PROFESSIONI SANITARIE**

**Si prega di evidenziare in giallo le PROFESSIONI e le DISCIPLINE da accreditare**

#### **PROFESSIONI**

<input type="checkbox"/> Medico chirurgo	<input type="checkbox"/> Odontoiatra	<input type="checkbox"/> Farmacista	<input type="checkbox"/> Psicologo
<input type="checkbox"/> Biologo	<input type="checkbox"/> Assistente Sanitario	<input type="checkbox"/> Dietista	<input type="checkbox"/> Educatore Professionale
<input type="checkbox"/> Fisioterapista	<input type="checkbox"/> Igienista dentale	<input type="checkbox"/> Infermieri	<input type="checkbox"/> Infermiere pediatrico
<input type="checkbox"/> Logopedista	<input type="checkbox"/> Ortottista/assistente di oftalmologia	<input type="checkbox"/> Ostetrica/o	<input type="checkbox"/> Podologo
<input type="checkbox"/> Tecnico audiometrista	<input type="checkbox"/> Tecnico audioprotesista	<input type="checkbox"/> Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare	<input type="checkbox"/> Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro
<input type="checkbox"/> Tecnico della riabilitazione psichiatrica	<input type="checkbox"/> Tecnico di neurofisiopatologia	<input type="checkbox"/> Tecnico ortopedico	<input type="checkbox"/> Tecnico sanitario di radiologia medica
<input type="checkbox"/> Tecnico sanitario laboratorio biomedico	<input type="checkbox"/> Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva	<input type="checkbox"/> Terapista occupazionale	<input type="checkbox"/>

**DISCIPLINE per professione MEDICO CHIRURGO**

<input type="checkbox"/> Allergologia ed immunologia clinica	<input type="checkbox"/> Angiologia	<input type="checkbox"/> Cardiologia	<input type="checkbox"/> Dermatologia e venereologia
<input type="checkbox"/> Ematologia	<input type="checkbox"/> Endocrinologia	<input type="checkbox"/> Gastroenterologia	<input type="checkbox"/> Geriatria
<input type="checkbox"/> Malattie metaboliche e diabetologia	<input type="checkbox"/> Malattie dell'apparato respiratorio	<input type="checkbox"/> Malattie infettive	<input type="checkbox"/> Medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza
<input type="checkbox"/> Medicina fisica e riabilitazione	<input type="checkbox"/> Medicina interna	<input type="checkbox"/> Nefrologia	<input type="checkbox"/> Neurologia
<input type="checkbox"/> Neonatologia	<input type="checkbox"/> Neuropsichiatria infantile	<input type="checkbox"/> Oncologia	<input type="checkbox"/> Pediatria
<input type="checkbox"/> Psichiatria	<input type="checkbox"/> Radioterapia	<input type="checkbox"/> Reumatologia	<input type="checkbox"/> Cardiochirurgia
<input type="checkbox"/> Chirurgia generale	<input type="checkbox"/> Chirurgia maxillo-facciale	<input type="checkbox"/> Chirurgia pediatrica	<input type="checkbox"/> Chirurgia plastica e ricostruttiva
<input type="checkbox"/> Chirurgia toracica	<input type="checkbox"/> Chirurgia vascolare	<input type="checkbox"/> Chirurgia vascolare	<input type="checkbox"/> Ginecologia e ostetricia
<input type="checkbox"/> Neurochirurgia	<input type="checkbox"/> Oftalmologia	<input type="checkbox"/> Ortopedia e traumatologia	<input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria
<input type="checkbox"/> Urologia	<input type="checkbox"/> Anestesia e rianimazione	<input type="checkbox"/> Biochimica clinica	<input type="checkbox"/> Farmacologia e tossicologia clinica
<input type="checkbox"/> Medicina trasfusionale	<input type="checkbox"/> Medicina legale	<input type="checkbox"/> Medicina nucleare	<input type="checkbox"/> Microbiologia e virologia
<input type="checkbox"/> Neurofisiopatologia	<input type="checkbox"/> Neuroradiologia	<input type="checkbox"/> Patologia clinica (laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia)	<input type="checkbox"/> Radiodiagnostica
<input type="checkbox"/> Igiene, epidemiologia e sanità pubblica	<input type="checkbox"/> Igiene degli alimenti e della nutrizione	<input type="checkbox"/> Medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro	<input type="checkbox"/> Medicina generale (medici di famiglia)
<input type="checkbox"/> Continuità assistenziale	<input type="checkbox"/> Pediatria (pediatri di libera scelta)	<input type="checkbox"/> Scienza dell'alimentazione e dietetica	<input type="checkbox"/> Direzione medica di presidio ospedaliero
<input type="checkbox"/> Organizzazione dei servizi sanitari di base	<input type="checkbox"/> Audiologia e foniatria	<input type="checkbox"/> Psicoterapia	<input type="checkbox"/> Privo di specializzazione
<input type="checkbox"/> Cure palliative	<input type="checkbox"/> Epidemiologia	<input type="checkbox"/> Medicina di comunità	



**MODULO RICHIESTA  
AUTORIZZAZIONE EVENTI SICP**

Ufficio Congressi SICP  
Del 19 dicembre 2019

Pag. 6 a 6

**DISCIPLINE per professione FARMACISTA**

Farmacia ospedaliera

Farmacia Territoriale

**DISCIPLINE per professione PSICOLOGO**

Psicoterapia

Psicologia