

Mod.Partecipante

Adesione al Pacchetto di Formazione per Professionisti Sanitari-ECM

- a) **Durata Attivazione Servizio:** 12 mesi.
- b) **Assistenza:** Per eventuale assistenza tecnica: assistenza@betaimprese.com oppure N° 0545 900600
Per eventuale assistenza didattica didattica@betaimprese.com
- c) **Attestati di frequenza:** scaricabili direttamente dalla piattaforma al termine del corso
- d) **Crediti formativi:** La procedura prevede che il provider (Beta Imprese) invii l'elenco dei partecipanti a conclusione dell'evento. Nel caso della formazione Fad, tale data non coincide con la conclusione del corso del singolo partecipante, che dovrà attendere il termine di validità del corso per Age.na.s.

1) Condizioni: Beta Imprese S.r.l. invierà username e password all'indirizzo mail indicato dal Partecipante al fine di consentirgli l'accesso a tutti i corsi elencati nell'allegato "A" e altri realizzati nei mesi successivi alla sottoscrizione del presente modulo. Al termine dei corsi ai partecipanti che avranno seguito il 100% delle lezioni e superato le verifiche in itinere e finali verrà rilasciato attestato di frequenza, scaricabile direttamente dalla piattaforma. **2) Decorrenza:** L'adesione al servizio sarà perfezionata con l'invio del presente modulo. **3) Scadenza servizio:** 12 mesi dalla data di sottoscrizione. In caso di rinnovo, i corsi verranno riattivati per 12 mesi. In caso contrario, al termine di scadenza, i corsi verranno disattivati indipendentemente dallo stato di avanzamento della fruizione. **4) Aggiornamento programma didattico formativo:** Beta Imprese S.r.l. si impegna ad adottare opportune modifiche al programma didattico-formativo nella circostanza di eventuale modifica e/o riforma della disciplina normativa che regola la specifica attività formativa ai fini del legittimo svolgimento dell'attività professionale. **5) Crediti Formativi.** Secondo quanto definito dalla Norma nazionale ECM, la comunicazione di acquisizione dei crediti viene inoltrata dal provider (Beta Imprese) ad Age.na.s. entro 90 giorni dalla scadenza del corso (che non coincide necessariamente con la conclusione da parte del discente). Una volta comunicata l'acquisizione crediti ad Age.na.s. questa li comunica al Co.Ge.A.P.S che li registra secondo tempistiche non note e rispetto alle quali non è responsabile il provider. Viene invece reso disponibile, contestualmente alla conclusione del corso, l'attestato di frequenza, valido come certificazione dei crediti acquisiti. **6) Utilizzo del materiale didattico (slides, materiale audio e video).** E' fatto espresso divieto al Partecipante di effettuare qualsiasi forma di riproduzione, divulgazione, commercializzazione ed utilizzazione del materiale didattico fornito da Beta Imprese srl al di fuori dell'uso strettamente connesso ai fini didattici legati al proprio apprendimento; il Partecipante si accolla tutte le responsabilità di un eventuale uso indebito.

CON LA PRESENTE ISCRIZIONE SI DICHIARA DI ESSERE IN POSSESSO DEI REQUISITI NECESSARI PER PARTECIPARE AL CORSO, DI NON POSSEDERE NESSUN CODICE PARTNER E SI ESONERA BETA IMPRESE SRL DA OGNI RESPONSABILITA'. AI SENSI DEGLI ART. 1341 E 1342 C.C., DICHIARO DI AVERE LETTO, APPROVO E ACCETTO SPECIFICAMENTE TUTTE LE SUPERIORI CONDIZIONI CONTRATTUALI E, IN PARTICOLARE, LE CLAUSOLE DI CUI AI NUMERI 1 (CONDIZIONI CONTRATTUALI), 2 (VALIDITÀ DEL CONTRATTO), 3 (FORO COMPETENTE), 4 (RECESSO), 5 (DIVIETO DI UTILIZZO IMPROPRIO) CHE CONFERMO ESSERMI STATE ESPLICATE IN MANIERA SPECIFICA E CONFERMO DI AVER COMPRESO APPIENO.

1. Data _____ Firma (leggibile) _____

Modalità di compilazione: inserire tutti i dati negli spazi sotto riportati con le relative **03 firme** per l'emissione della fattura e dell'attestato di frequenza

Ragione sociale del contraente _____

Partecipante: _____ nato a _____ (prov.) _____ il _____

Cod. Fisc. _____ n° doc identità (allegare fotocopia doc) _____

Cell _____ e-mail _____ tel/fax _____

Titolo di studio (in caso di laurea specificare se 1° o 2° livello) _____

Iscritto all'ordine professionale/collegio dei _____

Professione ECM _____ Disciplina ECM _____

Libero professionista Dipendente

***Autorizzo l'invio degli attestati di frequenza e profitto all'indirizzo indicato nel modulo "Contraente" (nel caso in cui l'ente abbia chiesto l'invio dei medesimi ad un indirizzo di posta aziendale)**

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 (di seguito GDPR), Beta Imprese S.r.l. e Beta Formazione S.r.l., in qualità di Contitolari del trattamento dati, La informano che: i dati da Lei forniti saranno trattati per finalità di gestione amministrativa e logistica dei corsi stessi nonché per adempiere a obblighi di legge di natura fisica, contabile e amministrativa e per l'eventuale tutela dei diritti delle Contitolari, correlati alla esecuzione dei contratti;

Il conferimento dei dati sopraindicati è necessario ai fini dell'iscrizione, pertanto, l'eventuale rifiuto a fornirli comporterà l'impossibilità di procedere all'iscrizione. Tale necessità rappresenta la base giuridica che legittima i conseguenti trattamenti.

I dati saranno trattati con modalità cartacee e/o informatizzate. Nel rispetto dei principi di proporzionalità e necessità, i dati non saranno conservati per periodi più lunghi rispetto a quelli indispensabili alla realizzazione delle finalità sopra indicate e dunque al servizio offerto o alle specifiche norme di legge, successivamente saranno cancellati con modalità sicura. Nel rispetto delle misure di sicurezza adeguate i Suoi dati potranno essere comunicati ad altri soggetti pubblici e privati per l'adempimento di obblighi previsti dalla legge. In caso di adesione agevolata in virtù di convenzioni o accordi economici con Enti / Società, i dati relativi alla fruizione dei corsi avviati, (nome e cognome partecipante, titolo corso, percentuale di avanzamento) potranno essere comunicati all'Ente / Società contraente. In nessun caso i dati saranno diffusi. In ogni momento Lei potrà esercitare i diritti ai sensi dell'art. 15 e seguenti del GDPR. Potrà ottenere la conferma dell'esistenza dei Suoi dati personali e chiederne la loro comunicazione in forma intelligibile. Avrà diritto di ottenere l'accesso, l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione e la cancellazione dei dati o la limitazione del trattamento rivolgendosi ai Contitolari del trattamento: Beta Imprese S.r.l. con Sede legale e operativa in via Risorgimento, 36 48022 Lugo (RA) P.IVA 02574830390, email: betaimprese@pec.it Telefono: 0545.900600 e Beta Formazione S.r.l. con sede amministrativa in Lugo (RA) 48022, Via Piratello nn.66/68, Tel. 0545916279 e-mail: betaformazione@pec.it. Il responsabile per la protezione dei dati personali è contattabile all'indirizzo elisabeta.cocolos@ordineavvmodena.it tel. 345 5707946. Lei ha, infine, diritto di proporre reclamo ovvero effettuare una segnalazione al Garante per la Protezione dei Dati Personali oppure in alternativa presentare ricorso all'Autorità Giudiziaria. I contatti del Garante per la Protezione dei Dati Personali sono consultabili sul sito web <http://www.garanteprivacy.it>

L'informativa privacy completa è consultabile al sito www.betaimprese.com

2. Data _____ Firma (leggibile) _____

Letta l'Informativa fornitami ai sensi dell' art. 13 del GDPR autorizzo Beta Imprese srl e Beta Formazione srl all'invio, tramite sistemi automatizzati, quali email o sms, di comunicazioni commerciali, pubblicitarie e promozionali e ad attività di profilazione al fine di potermi fornire promozioni personalizzate riservate ai clienti della Società, ovvero di società controllate, affiliate o comunque collegate.

3. Data _____ Firma (leggibile) _____

(Inviare tramite e-mail all'indirizzo info@betaimprese.com)

TABELLA ALLEGATO A

CORSO	DURATA	CREDITI ECM
Formazione specifica per Professionisti Sanitari- ECM		
Compassion Fatigue: Recenti Modelli Teorici A Confronto	5 ore	5
Gestione dei conflitti e delle dinamiche dell'equipe nelle organizzazioni complesse	5 ore	5
Strumenti di prevenzione dello stress psico-emotivo	5 ore	5