



Ordine
dei Tecnici sanitari di radiologia medica
e delle professioni sanitarie tecniche,
della riabilitazione e della prevenzione
Venezia . Padova

ISTITUITO AI SENSI DELLE LEGGI:
4.8.1965, n. 1103, 31.1.1983, n. 25 e 11.1.2018, n.3
C.F. 90179980272

Al Consiglio Direttivo
dell'Ordine TSRM e PSTRP
delle Province di Venezia e Padova

REVISIONE 3.0

RICHIESTA FINANZIAMENTO DI PROGETTUALITÀ

Il/la sottoscritto/a _____ (“Soggetto Proponente”), in qualità di **Presidente della Commissione di Albo** _____ dell'Ordine VENEZIA PADOVA, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. 445/2000, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità, e consapevole, altresì, che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione seguirà il decadimento dai benefici per i quali la stessa è rilasciata;

CHIEDE

di poter accedere all'assegnazione del finanziamento per il progetto, allegato alla presente domanda, con le risorse stanziare a bilancio preventivo per la commissione di albo rappresentata e

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- di aver considerato e valutato tutte le condizioni che possono incidere sull'ottenimento e utilizzo del contributo e di averne tenuto conto ai fini dell'elaborazione della proposta progettuale nel rispetto delle funzioni della commissione di Albo;
- di essere a conoscenza che l'Amministrazione si riserva il diritto di procedere d'ufficio a verifiche, anche a campione, in ordine alla veridicità delle dichiarazioni rilasciate in sede di domanda di finanziamento e/o, comunque, nel corso della procedura, ai sensi e per gli effetti della normativa vigente;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13, del d.lgs. n. 196/2003 e s.m.i. e del Reg. Ue 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allegati alla presente: modulo richiesta progettualità, assenza conflitto interessi e check list requisiti.

Data

Firma



MODULO RICHIESTA PROGETTUALITÀ

TITOLO DEL PROGETTO			
TIPOLOGIA	<input type="checkbox"/> progettazione di evento formativo ECM / non ECM <input type="checkbox"/> Acquisto di beni e servizi (es abbonamenti a riviste, corsi FAD specifici...) <input type="checkbox"/> convegni / eventi / congressi <input type="checkbox"/> creazione di contenuti multimediali <input type="checkbox"/> altro specificare _____	Data presentazione _____	Il progetto è già stato presentato in passato? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
AREA TEMATICA	<input type="checkbox"/> Assistenza - cultura <input type="checkbox"/> Comunicazione e tecnologie <input type="checkbox"/> Stampa e multimedia <input type="checkbox"/> Educazione e formazione <input type="checkbox"/> Scuola e università		
Soggetto proponente			
Nome, telefono e-mail del referente da contattare			
Presentazione al Consiglio Direttivo	Il Presidente intende presentare la progettualità al Consiglio Direttivo? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Formazione	<input type="checkbox"/> ECM	<input type="checkbox"/> NON ECM	
Date di inizio e fine del progetto	Data inizio	Data fine	
Posti / beneficiari	Numero min:	Numero max:	



Ordine
dei Tecnici sanitari di radiologia medica
e delle professioni sanitarie tecniche,
della riabilitazione e della prevenzione
Venezia . Padova

ISTITUITO AI SENSI DELLE LEGGI:
4.8.1965, n. 1103, 31.1.1983, n. 25 e 11.1.2018, n.3
C.F. 90179980272

Sede/sedi di attuazione	
Cosa si fa	
Cosa si impara/ utilità /scopo	
Eventuali particolari obblighi / scadenze previsti	Eventuali specifici obblighi dettati dalla peculiarità dell'attività svolta e non codificati in modo formale (es. tempistica)

<input type="checkbox"/>	Descrizione costi progettualità	Costi (iva inclusa)
1	Vitto/trasferte	
2	Preventivi richiesti	
<input type="checkbox"/>	Preventivo 1:	
<input type="checkbox"/>	Preventivo 2:	
<input type="checkbox"/>	Preventivo 3:	
3	Partecipazione di sponsor SI NO	
<input type="checkbox"/>	Sponsor 1:	
<input type="checkbox"/>	Sponsor 2:	
4	Eventuale ripartizione dei costi e fornitori SI NO	
<input type="checkbox"/>	Descrivere se ci sono costi da ripartire con altri attori (es altre CDA) e come gli stessi siano suddivisi.	
<input type="checkbox"/>	INSERIRE I NOMINATIVI DEI FORNITORI es provider, ditte di stampa, altri professionisti e specificare i contributi per ciascun partner.	
5	Costo complessivo progetto	

NOTA: l'Ordine procederà al pagamento a seguito di emissione fatturazione elettronica in modalità split payment in quanto pubblica amministrazione – codice univoco ufficio UFGDYO. La presente modulistica deve essere inviata con congruo anticipo rispetto alla tempistica prevista – almeno 15 gg prima).

Indirizzo: Via Cà Marcello 61 30170 Mestre (VE)

Tel. (+39) 370 13 05 931

Sito Internet: www.tsrmmveneziapadova.it

Posta elettronica: padovavenezia@tsrm.org PEC: padovavenezia@pe.c.tsrmm.org



Ordine
dei Tecnici sanitari di radiologia medica
e delle professioni sanitarie tecniche,
della riabilitazione e della prevenzione
Venezia - Padova

ISTITUITO AI SENSI DELLE LEGGI:
4.8.1965, n. 1103, 31.1.1983, n. 25 e 11.1.2018, n.3
C.F. 90179980272

DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTO D'INTERESSI

(art. 53, comma 14, del d.lgs. 165/2001 *ss.mm.ii*)

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____
il _____, residente a _____
via _____, n. _____

con riferimento alla normativa disciplinante le situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi, consapevole delle sanzioni penali previste per le dichiarazioni non veritiere dall'art.76 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000:

- di svolgere i seguenti incarichi e/o avere la titolarità delle seguenti cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione (indicare denominazione dell'incarico o della carica, denominazione dell'ente, durata dell'incarico):

- l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse, ai sensi della normativa vigente, con l'Ordine TSRM e PSTRP Venezia e Padova;

- di non presentare altre cause di incompatibilità a svolgere prestazioni di consulenza nell'interesse del l'Ordine TSRM e PSTRP Venezia e Padova;

SI IMPEGNA

- a comunicare tempestivamente all'Amministrazione, quando ritiene sussistere un conflitto di interessi, anche potenziale o non patrimoniale, tra le decisioni o le attività inerenti al suo profilo e i propri interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado e di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente, e si impegna ad astenersi dalle relative decisioni e attività qualora ciò sia ritenuto opportuno dal responsabile della struttura.

- a non usare a fini privati le informazioni di cui dispone per ragioni di ufficio e a non divulgarle al di fuori dei casi consentiti, e inoltre a evitare situazioni e comportamenti che possano ostacolare il corretto adempimento dei compiti o nuocere agli interessi o all'immagine della pubblica amministrazione.

La presente dichiarazione è resa ai sensi e per gli effetti dell'art. 5, comma 14, del d.lgs. 165/2001.

(Luogo e data)

Firma

N.B. Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta e presentata unitamente alla copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità del dichiarante.

Indirizzo: Via Cà Marcello 61 30170 Mestre (VE)

Tel. (+39) 370 13 05 931

Sito Internet: www.tsrmveneziapadova.it

Posta elettronica: padovavenezia@tsrm.org PEC: padovavenezia@pe.c.tsrm.org



Check list requisiti progettualità

da compilare a cura della CDA

Commissione Albo _____

VERIFICA DOCUMENTAZIONE	SI	NO	NOTE
PRESENZA ALLEGATI:			
• MODULO RICHIESTA PROGETTUALITÀ			
• MODULO FINANZIAMENTO PROGETTUALITÀ			
• DICHIARAZIONE ASSENZA CONFLITTO DI INTERESSI			
• PREVENTIVI DEI COSTI			
VERIFICATA CAPIENZA BUDGET CON TESORIERE			
È PRESENTE LA FIRMA DIGITALE/ invio via PEC			

VERIFICA REQUISITI PROGETTUALITÀ	SI	NO	NOTE
SOGGETTO PROPONENTE [] singola Cda [] multiple CDA [] Ordini Diversi			
FORMAZIONE ECM			
DURATA			
SEDE DI ATTUAZIONE [] telematica, [] in presenza [] sede individuata			
POSTI/BENEFICIARI n. _____ partecipanti [] tutti gli iscritti all'albo [] parziale di iscritti all'albo			
PREVISTO BANDO PER ASSEGNAZIONE POSTI [] SI [] NO [] altro criterio selettivo			

COSTO TOTALE PROGETTO (iva inclusa)			
EVENTUALI RIPARTIZIONE DEI COSTI CON ALTRE CDA [] no [] si: _____			
VITTO E TRASFERTE [] Previste; [] Non previste			
PARTECIPAZIONE DI SPONSOR [] Previsti; [] Non previsti			
EVENTUALI PARTICOLARI OBBLIGHI/SCADENZE PREVISTI			

Data _____

Firma _____