

Modulo 1/2022 – Domanda di concessione, rinnovo e/o variazioni dell’accreditamento

Il Modulo in questione è strutturato in diverse parti, alcune comuni a tutte le tipologie di richiesta, altre specifiche della richiesta di concessione, rinnovo e/o variazioni dell’accreditamento; di seguito si descrivono tutte le parti del documento.

1) **Marca da bollo:** nella parte iniziale del modulo è riportato un rettangolo per l’inserimento della marca da bollo da euro 16,00, obbligatoria per l’accettazione della domanda. In tale riquadro:

- può essere apposta fisicamente la marca da bollo, che deve essere annullata con data e firma del titolare / legale rappresentante;
- in alternativa, possono essere riportati gli estremi della marca da bollo digitale;
- nel caso di esenzione, va inserita la relativa motivazione (completa del riferimento normativo).

2) **Destinatario della domanda e modalità di invio:** il destinatario della domanda e di tutta la relativa documentazione è il Direttore Generale Cura della Persona, Salute e Welfare; l’invio deve essere effettuato dalla struttura richiedente (studio/ditta/società/azienda) a mezzo della propria PEC e indirizzato alla PEC dgsanaccreditamento@postacert.regione.emilia-romagna.it.

3) **Dati Anagrafici:** è necessario l’inserimento dei dati anagrafici del titolare / legale rappresentante e dei dati aziendali dell’organizzazione richiedente.

Segue l’inserimento dei dati aziendali per ognuna delle strutture sanitarie per le quali si chiede il rilascio / rinnovo / variazione dell’accreditamento.

4) **Riquadri rilascio / rinnovo / variazioni dell’accreditamento:** il soggetto richiedente l’accreditamento deve indicare nell’apposito spazio “□” per quale procedimento presenta la domanda. Nel caso di rinnovo con variazioni devono essere barrati entrambi gli spazi.

Nel riquadro relativo alle variazioni dell’accreditamento è necessario indicare l’oggetto della domanda. Possono essere indicate una o più variazioni di seguito riportate:

- a) variazioni del soggetto gestore della struttura accreditata: qualora la variazione comporti anche il cambio di denominazione della struttura erogatrice e/o il legale rappresentante del soggetto gestore riportare la/il nuova/o;
- b) variazione delle attività svolte: può riguardare sia l’aumento che la diminuzione di attività/funzioni/discipline svolte;
- c) trasferimento della sede erogativa: indicare sia l’indirizzo della vecchia sede, sia quello della nuova;
- d) ulteriore sede erogativa delle prestazioni (ampliamento): precisare l’indirizzo della sede;
- e) cessazione di sede erogativa, precisare l’indirizzo della sede in cui non si esercita più la propria attività sanitaria;
- f) modificazioni strutturali: descrivere sinteticamente le modifiche effettuate, rilevanti ai fini della sussistenza dei requisiti per l’accreditamento.

5) **Dichiarazione relativa all’autonomia gestionale:** da utilizzare nel caso in cui il soggetto richiedente sia titolare di più strutture sanitarie, in questo caso deve specificare, per ciascuna struttura oggetto della domanda, quanto segue, barrando la casella:

- “a.” quando la struttura oggetto della domanda è dotata di autonomia gestionale. In questo caso è necessario specificare se si chiede la valutazione della singola struttura, oppure la valutazione di tutte le strutture gestite.

- “b.” Quando la struttura condivide il governo dei processi organizzativi e gestionali con altre strutture, riportando la denominazione e i dati aziendali della struttura che governa i processi organizzativi gestionali e i dati delle eventuali strutture con cui sono condivisi gli stessi processi.

Con riferimento ai casi a. e b., SOLO a fronte di richieste di rilascio / rinnovo di accreditamento, il soggetto richiedente, in occasione della presentazione della domanda di concessione o rinnovo di accreditamento per una o più strutture, deve indicare, alternativamente:

- che la/e struttura/e di cui alla domanda venga/no valutata/e insieme alle ulteriori strutture gestite dal medesimo gestore che avanza la domanda; ciò al fine di semplificare l’iter procedurale (presentazione domanda, valutazione della documentazione presentata, rilascio dell’accreditamento in un unico atto, verifica requisiti generali e specifici). In tal caso le diverse date di scadenza dell’accreditamento già concesso ad ogni singola struttura saranno allineate alla data di scadenza della struttura che ha determinato la richiesta di accreditamento;
- che la/e struttura/e per cui si presenta istanza sia valutata individualmente e, pertanto, avranno scadenze dell’accreditamento proprie.

N.B.: il soggetto titolare di una struttura già accreditata può richiedere l’accreditamento con Modulo 1/2022 per un’ulteriore sede erogativa di prestazioni, che condivide il governo dei processi organizzativi e gestionali, in due modi differenti:

- come variazione dell’accreditamento della struttura già accreditata (es. Poliambulatorio A), indicandola come ampliamento di una ulteriore sede erogativa delle prestazioni (es. Punto prelievi B). In tale eventualità, il soggetto titolare compila il modulo 1/2022 indicando:
 - nella prima parte i dati della struttura accreditata oggetto di ampliamento (es. Poliambulatorio A);
 - nel riquadro variazioni, la voce “Ulteriore sede erogativa delle prestazioni (ampliamento)” e specificando i dati identificativi dell’ulteriore struttura erogativa (es. punto prelievi B);

oppure

- come rilascio dell’accreditamento per l’ulteriore sede erogativa delle prestazioni (es. Punto prelievi B). In tale eventualità, il soggetto titolare compila il modulo 1/2022 indicando:
 - nella prima parte i dati della ulteriore sede erogativa di cui si chiede l’accreditamento (es. Punto prelievi B).

In entrambi i casi occorre indicare che l’ulteriore sede erogativa di cui si chiede l’accreditamento (es. Punto prelievi B) condivide il governo dei processi organizzativi e gestionali (barrare lettera b.) con la struttura di riferimento (es. Poliambulatorio A). La data di scadenza dell’accreditamento della nuova sede erogativa verrà allineata alla data di scadenza della struttura sanitaria già accreditata.

6) Dichiarazioni di carattere generale: elenca una serie di precondizioni previste dalla normativa che la struttura deve necessariamente possedere ai fini dell’accreditamento; non sono derogabili.

Si segnala che, a fronte delle novità introdotte dal Decreto del Ministro della Salute 19 dicembre 2022 “Valutazione in termini di qualità, sicurezza e appropriatezza delle attività erogate per l’accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie”, tra le dichiarazioni del soggetto gestore sono state aggiunte quelle di:

- aver predisposto e mantenuto un Manuale di accreditamento redatto in conformità alla DGR n. 1314/2024, strutturato secondo gli otto criteri e i relativi requisiti ed elementi di valutazione;
- aver rappresentato espressamente e specificatamente i requisiti per la funzione di Governo aziendale della formazione continua;

- aver sottoscritto valida ed idonea copertura assicurativa, o altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e verso prestatori d'opera, parametrize al volume di attività complessivamente svolta dalla/e struttura/e, conformi alle previsioni di cui al D.M. 232/2023, e di averle pubblicate sul sito internet della struttura stessa.

7) **Firma:** Il modulo deve essere datato e firmato digitalmente dal legale rappresentante. Solo nel caso in cui non si possenga la firma digitale può essere presentato il formato pdf con firma autografa unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore (se studio associato inserire copie della carta d'identità di tutti i titolari).

8) **Elenco della documentazione allegata:** devono essere allegati i moduli e la documentazione indicati, ove possibile in versione .pdf editabile.

Riguardo alla "Relazione sintetica sull'attività svolta", si precisa che tale documento è un elemento necessario a fronte delle previsioni introdotte dal Decreto del Ministro della Salute 19 dicembre 2022 sopra richiamato e riguarda tutte le discipline / funzioni / attività sanitarie oggetto della domanda di rilascio o rinnovo di accreditamento; qualora le discipline / funzioni / attività sanitarie in questione non siano state precedentemente accreditate ma siano solo autorizzate, occorre riportare comunque indicazioni sul loro svolgimenti svolte in regime di autorizzazione.

Non è necessario indicare invece le ulteriori discipline / funzioni / attività sanitarie svolte in regime di autorizzazione che non si vogliono accreditare.

Nel caso in cui il soggetto richiedente il rilascio / rinnovo / variazione di accreditamento, in seguito all'invio della domanda, intenda rinunciare in tutto o in parte alla richiesta presentata, dovrà presentare formale rinuncia su carta intestata, datata e firmata digitalmente dal legale rappresentante, inviandola tramite propria PEC all'indirizzo dgsanaccredimento@postacert.regione.emilia-romagna.it

Solo nel caso in cui non si possenga la firma digitale può essere presentato il formato pdf con firma autografa unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore (se studio associato inserire copie della carta d'identità di tutti i titolari).

Modulo 2/2022 - Scheda sintetica di presentazione delle attività

Il Modulo 2/2022 è finalizzato alla descrizione delle attività/funzioni/discipline per le quali si intende richiedere il rilascio / rinnovo / variazione di accreditamento. Si tratta di un modulo modificabile, in quanto per la stessa struttura fisica possono essere utilizzate più sezioni per descrivere le diverse attività / funzioni / discipline e le sezioni non utilizzate devono essere eliminate.

Le sezioni utilizzate devono riportare tutte le informazioni richieste.

Quando la domanda riguarda più strutture, devono essere descritte tutte le sedi fisiche con diverso indirizzo, utilizzando per ognuna la/le specifica/he sezione/i.

Si sottolinea che possono essere descritte solo attività già autorizzate e correntemente svolte.

Per le Strutture pubbliche, oltre alla descrizione per sede fisica, si chiede di produrre un riepilogo, da inserire / allegare al modulo 2, delle principali categorie: strutture di ricovero, strutture afferenti alla rete delle cure palliative, al sistema regionale sangue, al sistema regionale soccorso e trasporto infermi, elenco delle sedi dei servizi territoriali di sanità pubblica, elenco delle sedi dei servizi territoriali di salute mentale e dipendenze patologiche, elenco delle sedi dedicate al ricovero e

assistenza residenziale a ciclo continuo e/o diurno di salute mentale e dipendenze patologiche e l'elenco delle sedi dei servizi territoriali di assistenza primaria, nonché le eventuali reti hub & spoke.

Nel caso in cui sia necessario descrivere più sedi, la **DICHIARAZIONE DEL POSSESSO DI REQUISITI deve essere resa in riferimento a tutte le sedi descritte.**

Con riferimento alla/e struttura/e interessata/e alla richiesta di rilascio, rinnovo o variazione di accreditamento, occorre riportare tutte le attività di cui si chiede il nuovo accreditamento, quelle già svolte e quelle oggetto di variazione, specificando sempre negli appositi spazi le seguenti lettere:

- **"R" (Richiesta)**, se l'attività è richiesta in accreditamento con la domanda in questione;
- **"P" (Presente)**, se l'attività è già stata accreditata in precedenza ed è tutt'ora accreditata, senza soluzione di continuità;
- **"A" (ampliamento) o "C" (cessazione)**, se l'attività è oggetto di variazione. Nel caso in cui si voglia aggiungere una o più attività non ancora accreditate, occorre indicare "A", se invece si vuole dismettere una o più attività, precedentemente accreditate, occorre indicare "C".

Nel caso di richiesta di rinnovo di accreditamento, le attività oggetto del rinnovo devono essere riportate con la lettera "P".

Nel caso in cui le strutture di cui alle lettere a), b), c), d), e), f), g) ed h) siano ubicate all'interno di una Casa della Salute, si deve compilare esclusivamente il paragrafo di cui alla lettera i), inserendovi le tabelle / schemi di riferimento come spiegato all'interno dello stesso Modulo 2), lett. i).

Modulo 3/2022 - Modello di dichiarazione del possesso dei requisiti generali di accreditamento – Autovalutazione

I requisiti generali rispondono alla necessità di verificare nelle strutture sanitarie la presenza di processi di controllo sulla qualità e la sicurezza della propria organizzazione, dei servizi erogati e dei risultati prodotti. Il complesso dei requisiti generali orienta inoltre le organizzazioni al miglioramento continuo.

Questi requisiti si applicano a **tutte le organizzazioni sanitarie** - pubbliche e private, di grandi e piccole dimensioni, mono o polispecialistiche - garantendo la possibilità di adeguare la valutazione alle caratteristiche delle diverse strutture. I requisiti generali si applicano ai **processi direzionali e trasversali dell'intera organizzazione** delle strutture sanitarie pubbliche e private, quindi prioritariamente a livello delle rispettive Direzioni. Si è ritenuto in questo modo di favorire un ruolo più rilevante della leadership a sostegno del miglioramento e dell'innovazione, sia mediante i processi direzionali sia mediante i processi di supporto.

L'autovalutazione dei requisiti generali deve essere effettuata per ciascun requisito e non per ciascun elemento di valutazione; infatti, gli elementi di valutazione individuano aspetti valutabili in modo diverso dalle strutture in relazione alle loro tipologie e complessità.

Al fine dell'autovalutazione prevista nel Modulo 3/2022 si specifica che è necessario esprimere una sola valutazione complessiva per ciascun requisito, declinata nelle quattro possibilità (SI, sì, no, NO) che corrispondono ad una percentuale di conformità rispettivamente pari a:

valore assegnato	% di possesso del requisito	significato della valutazione
-------------------------	------------------------------------	--------------------------------------

NO	0	Il requisito non è posseduto: a tutt'oggi l'argomento non è stato preso in considerazione dalla Organizzazione
no	33	La decisione di impegnarsi sull'argomento è già stata presa, L'Organizzazione si sta attrezzando per soddisfare quanto richiesto dal requisito. L'argomento è stato discusso o esistono decisioni e progetti scritti sul come affrontarlo o esiste un progetto in fase di sviluppo, di sperimentazione. Esistono prassi consolidate.
si	66	La risposta descrive il caso in cui solo una parte del requisito/criterio è realizzata o quando la realizzazione dello stesso non è completa. Esistono solo prassi consolidate e parzialmente documentate.
SI	100	Il requisito è posseduto pienamente; anche la documentazione relativa è in ordine

Il modulo deve essere datato e firmato digitalmente dal legale rappresentante. Solo nel caso in cui non si posseda la firma digitale può essere presentato il formato pdf con firma autografa unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore (se studio associato inserire copie della carta d'identità di tutti i titolari).

Nel rispetto di quanto già indicato nel Modulo 1/2022 riguardo all'autonomia gestionale, l'autovalutazione dei requisiti generali deve essere compilata una volta sola quando:

- pur in presenza di più strutture dotate di autonomia gestionale, queste condividono i processi gestionali – trasversali;
- la struttura che governa i processi organizzativi presenta domanda per sé stessa e/o per più strutture prive di autonomia gestionale.

Modulo 4/2022 - Modello di dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000

La dichiarazione sostitutiva di certificazione riguarda i requisiti soggettivi che la struttura richiedente e il legale rappresentante / titolare della stessa devono possedere; tali requisiti sono specificati negli allegati al modulo in questione.

Eventuali dichiarazioni mendaci da parte del legale rappresentante / titolare lo espongono a responsabilità penale.

Dati Anagrafici: è necessario l'inserimento dei dati anagrafici del titolare / legale rappresentante e dei dati aziendali dell'organizzazione richiedente.

Il testo delle dichiarazioni da rendere non è modificabile in alcun modo.

È richiesta la compilazione, ove applicabile, del punto riguardante le **misure di prevenzione e controllo dei fenomeni di corruzione** in relazione alle misure preventive adottate.

Il modulo deve essere datato e firmato digitalmente dal legale rappresentante. Solo nel caso in cui non si posseda la firma digitale può essere presentato il formato pdf con firma autografa unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore (se studio associato inserire copie della carta d'identità di tutti i titolari).

Modulo 6/2022 – Dichiarazione di modifiche

Il modulo è finalizzato a comunicare:

1. modifiche (senza variazione del Codice Fiscale) riguardanti:
 - Denominazione della struttura accreditata;
 - Assetto proprietario / societario;
 - Ragione Sociale / denominazione sociale;

- Legale Rappresentante di Struttura Sanitaria;
 - Sede Legale del soggetto gestore;
2. rinuncia complessiva all'accreditamento per tutta la struttura.

Il Modulo è strutturato nella formula dell'autodichiarazione e prevede l'inserimento dei dati anagrafici del titolare / legale rappresentante e dei dati aziendali dell'organizzazione richiedente.

Il Modulo deve essere compilato con le seguenti modalità:

- inserire i dati identificativi (nome e sede) della/e struttura/e sanitaria/e per cui si comunica/comunicano la/le modifica/che. Il format va copiato per ogni singola struttura interessata;
- vistare la casella () di interesse, le caselle () non utilizzate possono essere cancellate;
- nel caso di identica/he modifica/he riguardante/i più strutture, riportare la denominazione di tutte le strutture nelle modalità indicate nel punto precedente e siglare la casella di interesse una sola volta per tutte;
- nel caso di modifiche diverse riguardanti più strutture indicare la denominazione della struttura di riferimento e riportare di seguito la casella () vistata di interesse; tale processo va ripetuto per ogni singola struttura.

Di seguito sono inserite due ulteriori dichiarazioni non eliminabili. Con riferimento alla prima è richiesto di riportare gli estremi di eventuali atti del Comune competente, quando necessari a fronte della/e modifica/he intervenuta/e.

Con riferimento alla casella () **RINUNCIA**, si precisa che dalla data della rinuncia, la/e struttura/e sanitaria/e **non deve/ono avere in essere alcun accordo ex art. 8-quinquies del D.lgs. n. 502/1992 con la/e Azienda/e sanitaria/e del SSN** (in caso di presenza di contratto/i con la/e Azienda/e sanitaria/e del SSN, la data di rinuncia deve essere concordata con questa/e ultima/e).

Il modulo deve essere datato e firmato digitalmente dal legale rappresentante. Solo nel caso in cui non si posseda la firma digitale può essere presentato il formato pdf con firma autografa unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore (se studio associato inserire copie della carta d'identità di tutti i titolari).

Nel caso in cui la modifica riguardi il legale rappresentante, occorre allegare il Modulo 4/2022 in relazione al possesso dei requisiti soggettivi.

Inoltre, è possibile produrre ogni altra informazione utile a documentare la variazione segnalata.

In caso di rinuncia parziale dell'accreditamento, occorre utilizzare la sezione "VARIAZIONI" del Modulo 1/2022 e relativi allegati, riportando le attività / discipline / funzioni cessate nell'apposito spazio del Modulo 2/2022.

Modulo 7/2022 - DICHIARAZIONE PER LA CONCESSIONE DELL'ACCREDITAMENTO PER SOCCORSO E TRASPORTO INFERMI

Il presente modulo deve essere presentato solo a fronte di domande di rilascio di nuovo accreditamento, in allegato alla domanda.

Con riferimento al requisito di "pronta partenza", previsto per l'accreditamento del soccorso e trasporto in emergenza, si intende che il mezzo e il relativo equipaggio sono sempre pronti a partire nell'immediatezza della richiesta da parte della centrale operativa.

Con riferimento alla classificazione dei Comuni, inseriti in area di pianura, di collina o di montagna, si rimanda alla DGR n. 1734/2004.

Il modulo deve essere datato e firmato digitalmente dal legale rappresentante. Solo nel caso in cui non si possenga la firma digitale può essere presentato il formato pdf con firma autografa unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

Modulo 8/2024 - DOMANDA DI CONCESSIONE, RINNOVO E/O VARIAZIONE DELL'ACCREDITAMENTO DI PROVIDER ECM

Il presente modulo deve essere presentato solo a fronte di domande di rilascio di nuovo accreditamento, di rinnovo di accreditamento o di cessazione di accreditamento limitatamente alla funzione di Provider ECM.

In base alle caratteristiche della struttura per cui si chiede questo accreditamento, la domanda in questione deve essere presentata con una delle seguenti ed alternative modalità:

- RILASCIO DI NUOVO ACCREDITAMENTO

1. **Struttura solo autorizzata che richiede l'accREDITAMENTO per una o più discipline / funzioni / attività sanitarie e anche per la funzione di Provider ECM** – si presenta il Modulo 1/2022 con i relativi allegati e, in aggiunta, il Modulo 8/2024 con i relativi allegati.

N.B.: eventuali allegati richiesti sia dal Modulo 1/2022 che dal Modulo 8/2024 vanno presentati una volta solo e occorre allegare una sola marca da bollo da euro 16,00 per entrambe le richieste.

2. **Struttura già accreditata per altre discipline / funzioni / attività sanitarie che richiede l'aggiunta dell'accREDITAMENTO per la funzione di Provider ECM** – si invia solo il Modulo 8/2024 con i relativi allegati, munito di apposita marca da bollo da euro 16,00.

3. **Struttura non autorizzata o accreditata per lo svolgimento di una o più discipline / funzioni / attività sanitarie che richiede il rilascio dell'accREDITAMENTO per la funzione di Provider ECM** - si invia solo il Modulo 8/2024 con i relativi allegati, munito di apposita marca da bollo da euro 16,00

N.B.: n questi casi il Manuale Provider ECM, oltre agli elementi previsti dalla DGR 1677/2019, deve contenere anche la rappresentazione della Funzione di governo aziendale della formazione continua di cui alla DGR n. 1332/2011, con la descrizione di responsabilità, modalità organizzative e sede/sedi utilizzate anche per tale funzione.

- RINNOVO DELL'ACCREDITAMENTO

1. **Struttura già accreditata per altre discipline / funzioni / attività sanitarie** – il Modulo 8/2024 prevede espressamente che la durata dell'accREDITAMENTO per la funzione di Provider ECM in sede di rilascio sia allineata a quella di eventuali accREDITAMENTI sanitari istituzionali già vigenti. Pertanto, il rinnovo dell'accREDITAMENTO per la funzione di Provider ECM è contemporaneo rispetto al rinnovo dell'accREDITAMENTO per altre discipline / funzioni / attività sanitarie, si deve quindi presentare Modulo 1/2022 con i relativi allegati e, in aggiunta, il Modulo 8/2024 con i relativi allegati

N.B.: eventuali allegati richiesti sia dal Modulo 1/2022 che dal Modulo 8/2024 vanno presentati una volta solo e occorre allegare una sola marca da bollo da euro 16,00 per entrambe le richieste.

2. **Struttura accreditata solo per la funzione di Provider ECM** – si invia solo il Modulo 8/2024 con i relativi allegati, munito di apposita marca da bollo da euro 16,00.

- **VARIAZIONI DELL'ACCREDITAMENTO**

La domanda di variazione dell'accREDITAMENTO per la funzione di Provider ECM riguarda modifiche alle modalità di erogazione della formazione e può essere inviata in qualsiasi momento, sia singolarmente che allegata alla Domanda di cui al Modulo 1/2022; in questa seconda ipotesi occorre allegare una sola marca da bollo da euro 16,00 per entrambe le richieste.

- **RINUNCIA DELL'ACCREDITAMENTO**

L'eventuale dichiarazione di rinuncia dell'accREDITAMENTO per la funzione di Provider ECM può essere inviata in qualsiasi momento, sia singolarmente che allegata alla Domanda di cui al Modulo 1/2022, e non richiede marca da bollo.

N.B.: si precisa che dalla data della rinuncia, la/e struttura/e sanitaria/e non deve/ono avere in essere alcun accordo ex art. 8-quinquies del D.lgs. n. 502/1992 con la/e Azienda/e sanitaria/e del SSN (in caso di presenza di contratto/i con la/e Azienda/e sanitaria/e del SSN, la data di rinuncia deve essere concordata con questa/e ultima/e). Inoltre, prima di procedere alla rinuncia, si ricorda la necessità di evitare disservizi o condotte inadempienti circa i corsi già organizzati o avviati, ovvero di limitare al minimo disagi per l'utenza, al fine di evitare richieste risarcitorie di sorta.

Quest'ultimo aspetto è un principio utile da seguire anche nel caso di variazioni.

Tutti i soggetti che compilano **sottoscrivono il presente Modulo 8/2024:**

a) se richiedenti il rilascio o la variazione dell'accREDITAMENTO con riferimento alla funzione di Provider ECM, si impegnano a garantire:

- di svolgere attività di provider della formazione mediante forme di partenariato con altre organizzazioni in possesso di requisiti necessari al richiedente per essere conforme a quanto richiesto dall'accREDITAMENTO, in particolare per quanto riguarda la garanzia di indipendenza del contenuto formativo per la gestione del conflitto di interesse in ambito sanitario (vedi Manuale del Provider RER DGR 1677/2019);
- il proprio impegno statutario nel campo della formazione continua in sanità (*solo per i privati*);
- che l'attività formativa ECM residenziale, di formazione sul campo e blended è svolta esclusivamente all'interno del territorio della Regione Emilia-Romagna;
- che l'attività formativa ECM FAD (sincrona, asincrona, ...) è rivolta esclusivamente a professionisti che operano nel territorio regionale;
- l'assenza di conflitti di interessi nei finanziamenti delle iniziative formative organizzate (assenza di contributi da parte di soggetti con interessi lucrativi o non lucrativi nel campo sanitario, finalizzati alla realizzazione di singoli eventi);

b) se richiedenti il rinnovo dell'accREDITAMENTO con riferimento alla funzione di Provider ECM, dichiarano:

- di svolgere attività di provider della formazione mediante forme di partenariato con altre organizzazioni in possesso di requisiti necessari al richiedente per essere conforme a quanto richiesto dall'accREDITAMENTO, in particolare per quanto riguarda la garanzia di indipendenza del contenuto formativo per la gestione del conflitto di interesse in ambito sanitario (vedi Manuale del Provider RER DGR 1677/2019);
- il proprio impegno statutario nel campo della formazione continua in sanità (*solo per i privati*);

- che l'attività formativa ECM residenziale, di formazione sul campo e blended è svolta esclusivamente all'interno del territorio della Regione Emilia-Romagna;
- che l'attività formativa ECM FAD (sincrona, asincrona, ...) è rivolta esclusivamente a professionisti che operano nel territorio regionale;
- l'assenza di conflitti di interessi nei finanziamenti delle iniziative formative organizzate (assenza di contributi da parte di soggetti con interessi lucrativi o non lucrativi nel campo sanitario, finalizzati alla realizzazione di singoli eventi).

Il modulo deve essere datato e firmato digitalmente dal legale rappresentante. Solo nel caso in cui non si posseda la firma digitale può essere presentato il formato pdf con firma autografa unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore (se studio associato inserire copie della carta d'identità di tutti i titolari).

Elenco della documentazione allegata: devono essere allegati i moduli e la documentazione indicati, ove possibile in versione .pdf editabile.