

Educational grants

Richieste di supporto alla formazione

Richiesta di supporto per la partecipazione a eventi formativi organizzati da terzi

Archigen srl aderisce al Codice di Pratica Commerciale Etica di MedTech, che stabilisce regole rigorose, chiare e trasparenti per il rapporto del settore con gli operatori sanitari (HCP) e le organizzazioni sanitarie (HCO), compreso il sostegno alla formazione medica indipendente tramite supporti formativi.

Educational Grant Archigen srl: come funziona

- È eleggibile all'invio della richiesta la struttura sanitaria pubblica o privata (Ente Richiedente) o Direttore di Dipartimento in sua vece ma non il singolo professionista sanitario.
- La richiesta deve essere inoltrata almeno 45 giorni prima dello svolgimento dell'evento.
- Il modulo di richiesta di supporto formativo deve essere compilato in tutti i campi.
- La richiesta NON deve contenere il nome del professionista che beneficerà dell'educational grant
- Verranno valutate solo le richieste complete e approvate/conformi Med Tech o Confindustria Dispositivi Medici.
- L'esito della valutazione verrà comunicato per iscritto all'Ente Richiedente o Direttore di Dipartimento che ha inoltrato la richiesta in sua vece.
- Non verranno accolte le richieste:
 - incomplete
 - pervenute oltre i termini sopra riportati.
- Nel caso di accoglimento della richiesta Archigen la inoltrerà al Provider che contatterà l'Ente Richiedente per il disbrigo della pratica e, qualora tutte le condizioni necessarie vengano soddisfatte, l'erogazione dell'educational grant.
- L'educational grant erogato dall'Archigen e gestito dal Provider, potrà essere utilizzato unicamente per coprire le seguenti spese dell'operatore sanitario:
 - iscrizione all'evento formativo
 - viaggio in aereo - classe economica o in treno tariffa base business
 - hotel massimo 4 stelle

Per richiedere un educational grant con finalità di supporto alla formazione del professionista sanitario [compila il modulo](#) e [invia](#) all'indirizzo segreteria@archigen.it

Supporto per la Partecipazione di professionisti sanitari a eventi formativi organizzati da Terzi

1. DATI DELL'ORGANIZZAZIONE/ENTE RICHIEDENTE

Denominazione dell'Organizzazione/Ente: _____

Sede dell'Organizzazione: _____

Provincia: _____ Comune: _____

CAP: _____ Indirizzo (Via/Piazza e N.): _____

Rappresentante dell'Organizzazione/Ente (Referente Ufficio formazione, Ufficio Presidenza, Direttore di Dipartimento...)

Nome e cognome: _____

Titolo/Posizione coperta: _____

Persona di contatto per questa richiesta (NON la persona designata alla partecipazione all'evento formativo ma la persona che il Provider può contattare per avere informazioni sul disbrigo della pratica)

Nome e cognome: _____

Posizione: _____

Numero di telefono: _____

Indirizzo e-mail: _____

2. DETTAGLI DELL'EVENTO FORMATIVO

Titolo: _____

Data di inizio: _____ Data fine: _____

Sede dell'Evento: _____

Luogo dell'Evento (città e nazione): _____

Area/e terapeutica/che o diagnostica/che dell'Evento formativo: _____

Evento formativo a carattere

Locale/regionale Nazionale Internazionale

3. SUPPORTO RICHIESTO AI FINI DELLA PARTECIPAZIONE DEI PROFESSIONISTI SANITARI ALL'EVENTO FORMATIVO

Fornire una descrizione della procedura e dei criteri in base ai quali verranno selezionati i beneficiari del supporto formativo: _____

Responsabile della selezione dei Professionisti sanitari che beneficerebbero dell'evento formativo

Nome e Cognome: _____

Posizione: _____

Numero totale di professionisti sanitari per cui viene richiesto il contributo: _____

Professionista sanitario beneficiario dell'educational grant

Medico Infermiere TSRM

In caso di domanda multipla specificare la professione di ogni richiedente:

Supporto richiesto per:

Iscrizione Viaggio Hotel

4. DIVULGAZIONE TRASPARENTE

L'Organizzazione Sanitaria richiedente è

Organizzazione Sanitaria Privata

Organizzazione Sanitaria Pubblica

Firma e timbro