

RICHIESTA ORGANIZZAZIONE EVENTO REGIONALE

Regolamento e requisiti

1. La richiesta di Evento regionale deve essere effettuata dal **Delegato Regionale** di riferimento.
2. Ogni Delegazione Regionale SIE è tenuta a organizzare **almeno 1 Convegno Regionale SIE ogni due anni**.
3. Il Delegato Regionale si impegna a selezionare, come Segreteria Organizzativa, un provider ECM.
4. Il Delegato Regionale deve inviare alla Segreteria SIE (via posta elettronica) il presente modulo di richiesta debitamente compilato, unitamente al programma scientifico, almeno **4 mesi prima della data dell'evento**; la Commissione Attività Formative della SIE valuterà la richiesta; qualora questa sia accolta, la Segreteria SIE provvederà a inviare comunicazione scritta al richiedente per formalizzare l'organizzazione del Convegno, e riepilogare con il Richiedente la tempistica e il materiale richiesti per l'espletamento della pratica ECM.
5. La manifestazione, nel caso la richiesta sia accolta dalla CAF, sarà intitolata "**Convegno Regionale SIE – Delegazione ... (delegazione di riferimento)**"
6. Il programma scientifico del Convegno deve prevedere la presenza di almeno **1 membro del Consiglio Direttivo SIE o della Commissione Attività Formative SIE e almeno il 30% dei relatori provenienti da fuori Regione**.
Si ricorda che: il numero delle sessioni educazionali non è predeterminato; esse devono trattare argomenti di largo interesse possibilmente identificabili come "medical need" da una base allargata di ematologi che pratichino anche al di fuori di centri di riferimento ematologici.
E' auspicabile che i temi non ripetano quanto trattato dagli educazionali dell'ultimo Congresso Nazionale e che il "format" del programma scientifico preveda nuove formule come ad es. casi clinici, tavoli di lavoro, televoto, meet the expert.
7. **L'iscrizione** all'evento deve essere **gratuita**.
8. **L'evento non può essere monosponsor**
9. Il **costo per il servizio Provider ECM** è di € 1.000,00 + IVA. L'importo dovuto deve essere corrisposto alla SIE tramite bonifico bancario, entro 30 gg dal ricevimento della fattura, alle coordinate bancarie riportate sulla fattura stessa.
10. La brochure dell'evento, così come eventuali altri **stampati**, devono rispettare la linea grafica e i parametri utilizzati dalla Società Italiana di Ematologia. Alcuni **modelli** di questi programmi sono consultabili sul sito dell'Associazione. Si segnala che il programma stampato dovrà riportare: il **logo della SIE** in copertina, la dicitura "**Delegazione Regionale [regione]**", il nome del Delegato Regionale inserito tra gli organizzatori (Comitato Organizzatore), il **Comitato Scientifico**, costituito dai membri della CAF e dal Presidente SIE.
11. Durante l'evento, sarà compito della Segreteria Organizzativa distribuire i questionari ECM e questionari di valutazione, effettuare la registrazione delle presenze (vedi kit documenti per organizzazione evento regionale). il ritiro dei questionari e delle schede debitamente compilati e controfirmati sarà invece effettuato dal Responsabile del Provider SIE, che sarà presente durante l'evento stesso.

Pianificazione

<i>DOCUMENTAZIONE DA PRODURRE E INVIARE ALLA SEGRETERIA SIE</i>	<i>SCADENZA</i>
Programma Scientifico e MD018 debitamente compilato (formato .doc)	120 gg prima dell'evento
Programma definitivo, Curriculum vitae di tutti i Relatori e documentazione ECM (vedi kit documenti evento regionale)	75 gg prima dell'evento
Conferma dell'espletamento della pratica AIFA da parte delle Aziende Sponsor (<i>se presenti, a carico della Segreteria Organizzativa</i>)	65 gg prima dell'evento

Invio del programma impaginato per la stampa (formato .pdf), ed eventuali stampati correlati, per accettazione e pubblicazione sul sito della Società	65 gg prima dell'evento
Comunicazione via email di eventuali variazioni del programma, della data/sede o degli Sponsors all'evento	35 gg prima dell'evento
Consegna in sede Evento al Responsabile Provider ECM di tutta la documentazione necessaria alla realizzazione del report (vedi e-mail)	Durante l'evento

Richiesta

dati richiedente *(responsabile scientifico dell'evento)*

Nome		Cognome	
Istituto/ente			
Indirizzo			
Città		Cap e Prov.	
Tel/cell		email	
Qualifica professionale			

dati responsabili scientifici *(al max altri due responsabili oltre al Richiedente)*

Nome		Cognome	
Istituto/ente			
Qualifica professionale			
Nome		Cognome	
Istituto/ente			
Qualifica professionale			

dati segreteria organizzativa

Ragione sociale			
P.IVA		C.F.	
Referente (nome e @)			
Indirizzo			
Telefono		Fax	
Email			

Il legale rappresentante della Segreteria Organizzativa dichiara:

- di aver preso visione dell'informativa sulla privacy pubblicata sul sito web www.siematologia.it
 di essere provider ECM con il N°.....in data.....

Data	Firma del legale rappresentante
------	---------------------------------

dati evento

Titolo			
Data			
Sede <i>(specificare Indirizzo)</i>			
Numero Relatori invitati:	Numero Moderatori invitati:		
Figure professionali per le quali viene richiesto l'accREDITAMENTO ECM			
<input type="checkbox"/> medico	<input type="checkbox"/> infermiere	<input type="checkbox"/> tecnico di lab.	<input type="checkbox"/> biologo <input type="checkbox"/> laureati in biotecnologie mediche

