

Si prega di voler compilare elettronicamente i campi sotto riportati e di voler restituire il presente modulo in formato elettronico alla FMSI (email: formazione@fmsi.it)

Item	Descrizione
<u>Proponente</u>	CR ☐ • AMS ☐ [barrare la casella corrispondente] _____ [specificare la Regione e/o l'AMS proponente]
<u>Pres. CR/Delegato Regionale o Pres. AMS</u>	Nome - Cognome _____
<u>Responsabile Scientifico</u>	Nome - Cognome (se diverso da Pres. CR/AMS) _____ CV allegato: si ☐
<u>Contributo economico federale</u>	Richiesta contributo economico federale: si ☐ • no ☐
<u>Titolo Evento</u>	
<u>Tipo evento</u>	RES ☐ FAD ☐ BLENDED ☐ Se FAD, specificare: asincrona ☐ sincrona ☐ mista ☐ presenza tutor ☐ presenza ambiente collaborativo ☐
<u>Data di svolgimento</u>	Data inizio: __/__/____ Data fine: __/__/____ • Tot. ore formative: _____
<u>Luogo di svolgimento</u>	Se RES, indirizzo: _____ Se FAD, URL piattaforma: _____
<u>Razionale</u>	_____ _____ _____
<u>Nr. partecipanti previsti</u>	
<u>Destinatari formazione</u>	Professioni: Discipline:

<u>Programma scientifico</u>	Programma allegato: si ☐ • no ☐ [barrare la casella corrispondente] In caso di trasmissione successiva del programma, indicare le principali tematiche oggetto di trattazione del Congresso		
Relatori previsti (se definiti)	Nome - Cognome	Qualifica professionale (Ente, Università, Società..)	Enti/Associazioni di appartenenza, se di rilievo
	1.		
	2.		
	3.		
	4.		
	5.		
	6.		
	7.		
	8.		
	9.		
	10.		
<u>Crediti ECM</u>	Richiesta accreditamento ECM da parte Provider ECM FMSI: no ☐ • si ☐		
Patrocini	[indicare l'ente e lo stato della pratica: richiesto / concesso]		

Budget	Ricavi	Costi
	- Partecipazione a pagamento: no ☐ • si ☐ [se sì, indicare quota di iscrizione: € _____] - Sponsor commerciali: no ☐ • si ☐ [se sì, compilare anche il campo successivo] Nomi aziende sponsor e contributo _____ _____ _____ - Altri contributi: no ☐ • si ☐ [se sì, indicare ente e valore del contributo] _____ _____	Stima dei costi complessivi