

ANEXA Nr. 2a

CERERE-TIP

de creditare a formelor de educație medicală continuă

Aviz Facultatea de Medicină/Universitatea de Medicină și Farmacie (numai pentru cursuri),

Semnătură Decan/Rector/Prorector*

Aviz Colegiul Medicilor Iași (pentru manifestări non-formale)

Semnătură Președinte/Vicepreședinte

Completarea câmpurilor marcate * din cererea tip este obligatorie. Extragerea unor paragrafe din prezenta cerere este interzisă. În cazul nerespectării acestor prevederi solicitarea va fi respinsă automat.

I. Informații generale despre instituția organizatoare

1. Denumirea furnizorului acreditat care propune evenimentul educațional*

2. Coordonatorul de program (obligatoriu medic, cadru didactic cu rol de predare sau formator acreditat de Ministerul Sănătății, membru al Colegiului Medicilor din România)

Titlul/grad profesional*: Numele*: Prenumele*:

Specialitate*:

Telefon: Fax: E-mail:

3. Persoana de contact desemnată de organizator (obligatoriu medic, membru al Colegiului Medicilor din România)

Titlul/grad profesional*:. Numele*: Prenumele*:

Specialitate*:

Telefon: Fax: E-mail:

II. Informații privind evenimentul educațional propus creditării

1. Tipul de activitate propus*

Curs (inclusiv atelier de formare) ☐

Congres ☐

Curs pre-congres/conferință ☐

Simpozion pre-congres/conferință ☐

Conferință ☐

Simpozion ☐

Masă rotundă ☐

Atelier de lucru ☐

Webinar ☐

Serie de ☐

Program mixt ☐

Altele ☐

.....
b) program EMCD ☐ tip program

c) program EMCD in cadrul unui program mixt

2. Titlul programului*:

2 a) manifestarea nu este parte componenta a unui program pentru obținere de atestat de studii complementare*:

3. Obiectivul educațional urmărit:

4. a) Perioada de desfășurare*:

b) descrierea timpului de studiu aferent programului – (EMCD): N/A

c) platforma de suport – scurtă descriere – (EMCD): N/A

5. Proprietarul platformei – (EMCD): N/A

6. Coordonator stiintific – (EMCD): N/A

7. Grupul-țintă (descrierea strictă a specialităților și gradului profesional al medicilor cărora li se adresează evenimentul educațional; orice alți participanți, în afara grupului țintă, nu beneficiază

de creditele acordate de CMR) *

8. Numărul scontat de participanți*:

9. Programul științific exact (**este atașat ca anexă**) *

NOTĂ:

Organizatorul se obligă să anunte Departamentul Profesional Științific și de Invatamant al CMR cu privire la orice modificari ulterioare survenite în programul educațional și în termen de maximum 30 de zile de la încheierea programului, să prezinte un raport semnificativ asupra acestuia.

10. Evaluarea rezultatelor așteptate la finalul programului educațional*(obligatorie în cazul cursurilor):

11. Tipul materialelor publicate pentru prezentarea/sustinerea evenimentului educațional (se vor anexa). Materialele publicate nu pot conține referiri asupra sponsorilor decât pe ultima pagină și nu trebuie să conțină reclame privind locațiile turistice*.

-

III. Informații privind finanțarea evenimentului educațional*

1. Denumirea sponsorilor*:

-

2. Cuantumul sponsorizării*:

-

3. Tipul de activități finanțate*:

4. Alte surse de finanțare *– va fi menționat obligatoriu cuantumul acestora

-

5. Cuantumul taxei de participare:

-

Declar pe propria răspundere că voi organiza evenimentul educațional de mai sus în conformitate cu procedurile, criteriile și normele prevăzute în Decizia Consiliului național al Colegiului Medicilor din România nr.12 /2018 privind reglementarea sistemului național de educație medicală , a criteriilor și normelor de acreditare a furnizorilor de educație medicală continuă, precum și a sistemului procedural de evaluare și creditare a activităților de educație medicală continuă adresate medicilor.

Declar lipsa oricăror interese comerciale directe ale evenimentului educațional propus pentru creditare.

Declarație asupra unor potențiale conflicte de interese/biais, privind programul în general și fiecare lector implicat în program*:

-

Data*:

Semnătura/parafa*:
