|  |
| --- |
| *Esclusione di responsabilità**Il formulario di richiesta Educational Grants («formulario») è stato redatto da Swiss Medtech solo come guida e non deve essere interpretato come consulenza giuridica per determinati fatti o circostanze. L’utilizzo di questo formulario o di parti dello stesso è a proprio rischio e discrezione degli utilizzatori. Swiss Medtech non si assume alcuna responsabilità per perdite e danni derivanti dall’utilizzo del presente formulario o di parti di esso. Swiss Medtech si riserva il diritto di modificare o integrare il formulario o parti di esso in qualsiasi momento e senza alcun preavviso.* |

**Formulario di richiesta di un Educational Grant**

 (CANCELLARE IL TESTO EVIDENZIATO DI GIALLO DOPO LA PRESA D’ATTO E DOPO AVER AGGIUNTO IL TESTO UTILIZZABILE)

|  |
| --- |
| **Istruzione – Leggere bene prima di compilare il formulario*** Le richieste devono essere presentate all’Impresa almeno [xx] giorni prima del primo evento/della prima attività unitamente a tutti i documenti allegati. Ogni richiesta che non rispetti queste tempistiche viene respinta.
* Si tenga presente che non esiste alcuna garanzia che l’importo richiesto venga concesso interamente. L’Impresa può autorizzare la concessione dell’intero importo, di un importo inferiore a propria discrezione o può respingere la richiesta.
* Il formulario compilato e sottoscritto con tutta la documentazione necessaria deve essere inviato via e-mail al seguente indirizzo: [Indirizzo e-mail]
 |

|  |
| --- |
| **1. Informazioni sul richiedente** |
| Nome dell’organizzazione |  |
| Indirizzo (via, NPA, località) |  |
| N. IVA / Numero IDI (CHE-xxx.xxx.xxx) |  |
| Sito web |  |
| Persona di contatto che presenta la richiesta NomePosizione nell'organizzazioneNumero di telefonoIndirizzo (se diverso da quello riportato sopra) |  |
| Responsabile dell’organizzazione NomePosizione nell'organizzazione |  |

|  |
| --- |
| **2. Dettagli sull’evento formativo** |
| Titolo |  |
| Inizio (dd/mm/yyyy)Fine (dd/mm/yyyy) |  |
| Località  (NPA, località) |  |
| Indirizzo  (Via, nome, sito web) |  |
| Obiettivo dell’evento formativo:descrizione dettagliata dell’entità, dello scopo e del risultato previsto del programma.Obbligatorio: **bozza più aggiornata del programma***(allegare file separato)* |  |
| Settore terapeutico o diagnostico |  |
| Portata regionale dell’evento *(contrassegnare)* | ☐ Regionale☐ Nazionale☐ Internazionale |
| L’evento è stato registrato nel Conference Vetting System?*Attenzione: la registrazione è obbligatoria per gli eventi internazionali.*  | ☐ SÌ☐ NO |
| In caso affermativo, indicare il risultato. | ☐ L’evento è conforme☐ L’evento è ancora in fase di valutazione |
| In caso negativo, specificare il motivo.Sul campo di applicazione, vedere:<http://www.ethicalmedtech.eu/conference-vetting-system/eligibility-scope/>) | ☐ L’evento non richiede alcuna autorizzazione, poiché non rientra nel campo di applicazione del Conference Vetting System☐ Altri motivi (specificarli qui) |

|  |
| --- |
| **3. Dettagli relativi all’Educational Grant**  |
| Tipo di grant *(Contrassegnare)* | ☐ **A**: Supporto della partecipazione di HCP all’evento.☐ **B**: Supporto all’evento stesso. |
| In caso di tipo ADescrivere la procedura di richiesta e i criteri in base con i quali vengono selezionati i beneficiari della sovvenzione. |  |
| In caso di tipo AIndicare la persona e la posizione della persona responsabile della scelta dei partecipanti all'evento. |  |
| In caso di tipo ADescrivere dettagliatamente com’è stata calcolata la somma richiesta. P.es. numero di HCP da supportare, importo medio richiesto per HCP per viaggio e alloggio, importo medio per HCP per tasse di registrazione ecc. |  |
| In caso di tipo BObbligatorio: **panoramica del budget** *(allegare file separato)* |  |
| *Attenzione:* *in generale il supporto può essere utilizzato solo per i costi collegati all’organizzazione dell’evento formativo (p.es. l’affitto dei locali in cui si svolge l’evento) oppure i costi di registrazione, viaggio e alloggio degli HCP partecipanti. Il supporto non viene concesso per coprire i costi collegati all’organizzazione di attività di intrattenimento e per il tempo libero o per l’invito di coniugi/partner degli HCP. Non vengono inoltre messi a disposizione fondi per coprire i normali costi di esercizio dell’organizzazione o altre spese domestiche che non siano collegate direttamente all’evento.* |
| Somma richiesta dall’impresa (in CHF) |  |
| Somma richiesta complessivamente da terzi (in CHF) |  |
| Percentuale del budget complessivo dell’evento richiesto dall’impresa. |  |
| Estremi bancari *(Deve trattarsi del conto a nome della sede che presenta la domanda e non deve essere intestato a una persona singola)* | Nome della banca: Titolare del conto:IBAN:BIC o SWIFT: |

|  |
| --- |
| **Documenti di supporto** |
| Aggiungere al presente formulario i seguenti documenti:• Una copia della bozza più aggiornata del programma, dell’agenda o del materiale di comunicazione relativi all’evento• Una bozza del piano di budget in cui si precisa come saranno utilizzati i fondi. |

Con la presente dichiaro:

Il presente formulario è stato compilato per conto dell’organizzazione richiedente.

Le informazioni in questo formulario e nei documenti di supporto sono vere e corrette.

La richiesta non è collegata né implicitamente né esplicitamente ad acquisti, raccomandazioni, utilizzi, forniture o ordinazioni di prodotti o servizi dell’impresa passati, presenti o potenzialmente futuri.

**Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**