Al Consiglio dell’Ordine

degli Psicologi della Provincia di Trento

Via L. Einaudi, 4 - 38123 Trento

RICHIESTA ACCREDITAMENTO ECM

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*Presidente, Socio, Organizzatore, Rappresentante…*)

dell’Ente/Associazione/Cooperativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede legale nella provincia autonoma di Trento

viste le “*Linee guida per l’accreditamento ECM di eventi formativi esterni”* attualmente vigenti

**c h i e d e**

all’Ordine degli Psicologi della Provincia di Trento l’accreditamento ECM della seguente iniziativa formativa:

**Titolo:**

**Tipologia** (*Convegno, Giornata di Studio, Seminario, Workshop, Supervisione)*

**Destinatari/numero**:

**Luogo e periodo di svolgimento**:

A tal fine, sotto la propria responsabilità, dichiara quanto segue:

1. gli obiettivi sono:
2. i contenuti sono:
3. *di accettare tutte le condizioni richieste dall’Ordine degli Psicologi della Provincia di* Trento per la concessione dell’accreditamento
4. di non organizzare o promuovere attività formative in cui si insegnino strumenti e tecniche afferenti alla professione psicologica, a soggetti non abilitati all’esercizio della professione di psicologo, nel rispetto di quanto previsto dall’art. 21 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani
5. ad accreditamento concesso il richiedente si impegna a sottoscrivere un “accordo di collaborazione” che implica l’accettazione integrale delle Linee guida approvate dal Consiglio dell’Ordine in data 7 luglio 2020 e delle condizioni indicate dall’Ordine

Si allega alla richiesta la seguente documentazione:

* Documento di identità del richiedente
* Programma dell’evento e presentazione dei relatori/docenti
* Breve curriculum della realtà organizzativa richiedente l’accreditamento (attività svolta/mission)

*Sono consapevole che ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, in caso di false dichiarazioni accertate dall’amministrazione procedente verranno applicate le sanzioni penali previste.*

 (luogo e data) (firma leggibile e per esteso)

*L’Ordine degli Psicologi della Provincia di Trento, in qualità di titolare del trattamento, garantisce la massima riservatezza dei dati forniti, in ottemperanza al GDPR (Regolamento UE 2016/679).*