**Richiesta per l’attribuzione di punti physioswiss per la formazione continua –IN BLOCCO**

**Formazione**

Designazione

Data  Località

Ambito  Fisioterapia generale  Muscolo scheletrico

Neuromotricità e organi sensoriali  Organi interni e vasi

Pediatria  Geriatria

altro

Durata effettiva (senza pause)

Numero di punti physioswiss richiesti *1 Punto physioswiss corrisponde a un’ora*

**Richiedente**

Istituto

Nome

**Membro physioswiss**   sì  no

**Persona di contatto**

Cognome/nome

Istituto

Indirizzo

CAP/località

Telefono

E-mail

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Criteri per l’attribuzioni di punti physioswiss** | **Sì** | **No** |
| 1. **L’organizzatore é**    1. un fisioterapista che esercita in uno studio privato o in ospedale oppure   dei professionisti di medicina tradizionale.   * 1. una società che soddisfa le seguenti condizioni :   - l’organizzatore esercita nel campo della medizina tradizionale zazione/persona che esercita nell’ambito della medicina tradizionale  - e/o i relatori esercitano nell’ambito della medicina tradizionale  1.2.1 Nome della ditta |  |  |
| 1. **La formazione continua**   2a è pertinente con la pratica e direttamente in relazione con l’esercizio della professione di fisioterapista  2b comprendi al massimo 20 lezioni  2c é definita dagli organizzatori che ne determinano il contenuto, i relatori e lo svoligmento in modo autonomo, vale a dire in maniera indipendente dagli sponsor dell’evento |  |  |
| 1. **Sponsoring**    1. La formazione continua è sponsorizzata   3a Vi sono più ditte che sponsorizzano (nessun mono-sponsoring)  3b Esiste un accordo scritto tra gli organizzatori e gli sponsors |  |  |

**Lista delle formazione**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Durata** | **Punti** | **Tema** | **Ambito** | **Relatore** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Il richiedente certifica di aver risposto alle domande in modo conforme alla realtà.

**Data/località**       **Firma del richiedente**

Inviare à

[info@physioswiss.ch](mailto:info@physioswiss.ch)

Tel.: 041 926 69 69

Allegati:

- Programma della formazione continua

- Dati personali dei relatori