**Modulo di richiesta per l'attribuzione di punti Physioswiss in serie**

**Formazione Continua**

**Designazione**

**Data       Località**

**Ambito**  Fisioterapia generale  Organi interni e vasi

Muscolo scheletrico  Pediatria

Neuromotricità e organi sensoriali  Geriatria

altro

Durata effettiva della formazione continua (senza pause)

Numero di punti Physioswiss richiesti *1 Punto Physioswiss corrisponde a 60 minuti*

**Richiedente**

Organizzazione

Nome

L'organizzazione di esecuzione è membro di Physioswiss Si  No

Il fisioterapista responsabile è un membro di Physioswiss Si  No

Numero d’affiliazione Physioswiss

**Indirizzo di contatto**

Cognome / nome

Istituzione

Indirizzo

CAP/Località

Telefono

E-Mail

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Durata** | **Numero di punti** | **Designazione** | **Ambito** | **Altoparlante** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Il richiedente dichiara di aver risposto alle domande in maniera conforme alla realtà.

**Data/luogo**       **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