

## INSERIMENTO CORSI CHE NON RISULTANO SUL SITO DEL COGEAPS DEITRIENNI 2014-16 E 2017-19

Qualora ci siano corsi che non risultano sul sito relativi a questi trienni, è possibile inserirli manualmente, naturalmente ciò è valido **solo per i colleghi che avessero già l'obbligo formativo nei precedenti trienni.**

Collegandosi al sito [Co.ge.A.P.S](http://Co.ge.A.P.S) è necessario cliccare su **Crediti mancanti** e inserire le informazioni richieste:

Il **codice di accreditamento** lo possiamo trovare sia nell'attestato che quando cerchiamo l'evento sul

[db.agenas](http://db.agenas), così come il numero di edizione.

### Identificazione evento

Codice \*

Il campo Codice è richiesto

---

Codice edizione

---

Codice organizzatore \*

Il campo Codice organizzatore è richiesto

---

Codice Accrediatore \*

Il campo Codice Accrediatore è richiesto

### Programma per la formazione continua dei professionisti della Sanità

Premesso che ..... (denominazione Ente accreditante) ..... ha accreditato il Provider ..... (denominazione Provider) ..... accreditamento n. .... (ID Provider) .....

Premesso che il Provider ha organizzato l'evento formativo n. .... (ID evento), edizione n. .... (n° ediz.) dal titolo ..... (titolo evento) ..... e tenutosi al ..... (luogo svolgimento evento) dal ..... (data inizio evento) ..... al ..... (data fine evento) ..... avente come obiettivo formativo ..... (n° e/o descrizione) .....

il/la sottoscritto/a

(Nome e Cognome legale rappresentante ovvero responsabile scientifico o della formazione dell'evento)

Rappresentante legale del Provider  
(ovvero Responsabile scientifico o della formazione dell'evento, su delega del rappresentante legale del Provider)

**ATTESTA**  
che il/la

Prof./Prof.ssa Dott./Dott.ssa Sig./Sig.ra ..... (Nome e Cognome partecipante) C.F. (cod.fiscale partecipante) in qualità di ..... (ruolo partecipante) ..... il/la ..... (data acquisizione crediti) ..... come ..... (partecipante reclutato/partecipante non reclutato) ..... ha acquisito:

Mentre il **codice organizzatore** è l'Agenas per gli eventi accreditati con il sistema nazionale, o la regione specifica per gli eventi accreditati con il sistema regionale.

Il codice organizzatore (Provider) invece si trova nell'attestato e nel dettaglio dell'evento:

**Dettaglio Evento**

Informazioni Generali

Evento n°: 341889 Edizione n°: 2

Titolo dell'evento: Pratiche Di Rianimazione Cardi-Respiratoria E Uso Dei Defibrillatore

**Informazioni Generali**

ID Provider: 1702

Ragione Sociale: Ordine Medici Chirurghi E Odontoiatri Di Monza E Brianza

Periodo svolgimento

Data inizio:	12/02/2022	Data Fine:	12/02/2022	Durata effettiva dell'attività formativa:	5
--------------	------------	------------	------------	---	---

Si tratta di un Progetto Formativo? No    L'evento si svolge all'estero? No    L'evento tratta argomenti riservati? No

**Programma per la formazione continua dei professionisti della Sanità**

Premesso che ..... (denominazione Ente accreditante) ..... ha accreditato il Provider ..... (denominazione Provider) ..... accreditamento n. .... (ID Provider) ..... Premesso che il Provider ha organizzato l'evento formativo n. .... (ID evento) .., edizione n. .... (n°ediz.) dal titolo ..... (titolo evento) ..... e tenutosi a ..... (luogo svolgimento evento) ..... dal ..... (data inizio evento) ..... al ..... (data fine evento) .., avente come obiettivo formativo ..... (n° e/o descrizione) .....

il/la sottoscritto/a

(Nome e Cognome legale rappresentante ovvero responsabile scientifico o della formazione dell'evento)

Rappresentante legale del Provider  
(ovvero Responsabile scientifico o della formazione dell'evento, su delega del rappresentante legale del Provider)

**ATTESTA**  
che il/la

Prof./Prof.ssa Dott./Dott.ssa Sig./Sig.ra ..... (Nome e Cognome partecipante) ..... C.F. .... (cod.fiscale partecipante) in qualità di ..... (ruolo partecipante) ..... i? ..... (data acquisizione crediti) ..... come ..... (partecipante reclutato/partecipante non reclutato) ..... ha acquisito:

**Informazioni evento**

Tipo di evento \*

Dati di inizio \*

Dati di fine \*

Dati di acquisizione crediti \*

Numero ore

Crediti totali evento

Spostandosi nella seconda colonna, vengono richieste le informazioni relative all'evento:

Nel tipo di evento si può selezionare se si tratti di un evento singolo o se faccia parte di un Progetto Formativo Aziendale (organizzato quindi dalla ASL di appartenenza).

**Fare attenzione alla data di acquisizione crediti che in caso di FAD asincrona può non corrispondere alla data di fine corso!**

Il tipo di formazione è un campo obbligatorio, se l'evento è fad va messo "miscelato" e specificato nei campi successivi che non erano presenti né momenti residenziali né momenti di formazione sul campo.

Tipo di formazione \*

miscelato

Formazione a distanza \*

si

Formazione residenziale \*

No



### Informazioni professionista

Numero di crediti acquisiti \*

Tipologia di credito \*

Stato contrattuale \*

Partecipante reclutato \*

L'ultima colonna riguarda le informazioni del professionista, in questa colonna l'unico dato da sottolineare è quello relativo al reclutamento.

Nel sistema ECM è possibile che uno sponsor paghi le spese del corso al professionista invitandolo a partecipare all'evento, se così fosse è necessario rispondere sì alla domanda sul **reclutamento** ed indicare il nome dello sponsor, tuttavia è una condizione che accade raramente agli psicologi