



“ACCREDITAMENTO DI UN PERCORSO FORMATIVO PER L’ESAME AML CERTIFICATE®

PREMESSA

La richiesta di accreditamento di un percorso formativo finalizzato alla preparazione dei partecipanti al sostenimento dell’esame AML CERTIFICATE **prevede** che l’Ente Richiedente ritorni, debitamente compilati e firmati, i seguenti documenti:

1. “Scheda Ente Richiedente” (Allegato 1),
2. “Scheda Programma del Corso” (Allegato 2).

DOCUMENTAZIONE DA PRODURRE

La “Scheda Ente di Formazione Richiedente” riporta, nella **sezione 1**, l’anagrafica dell’Ente stesso e dell’eventuale Ente di Formazione (laddove non coincidenti con l’Ente di Formazione Richiedente), per consentire una valutazione completa di conformità agli standard AIRA. Nella **sezione 2** deve essere offerta una descrizione di massima del corso con le modalità didattiche prescelte, mentre nella **sezione 3** si chiede di esplicitare la faculty con l’elenco dettagliato dei docenti: in caso di docenti non-universitari, la documentazione dovrà essere integrata dai relativi Curricula Vitae, indicanti le competenze nelle materie di riferimento e la relativa esperienza didattica già maturata.

La “Scheda Programma Corso” riporta lo schema di riferimento – la durata in giornate di formazione dei diversi moduli e/o aree tematiche del Corso per la certificazione AML CERTIFICATE - al quale devono essere allegati il programma dettagliato del corso.

Restituendo il presente modulo firmato, ogni soggetto che sottoponga la propria proposta al vaglio di AIRA dichiara di adeguarsi ai criteri ispiratori delle procedure di valutazione e giudizio della stessa AIRA.

CONTRIBUTO PER L’ACCREDITAMENTO

Il contributo di valutazione di conformità per l’ottenimento dell’accreditamento di un percorso formativo AML CERTIFICATE è pari a **€. 5000 (CINQUEMILA)**

Gli Organi dell’Associazione si riservano di valutare, se del caso tramite apposita Commissione composta da soggetti titolati, la possibilità dell’effettivo accreditamento.

La documentazione di avvenuto pagamento (contabile bancaria) andrà allegata alla documentazione di cui sopra **una volta ottenuto l’accreditamento**. Le domande prive di tale documento non verranno prese in esame.

Il pagamento andrà effettuato tramite bonifico:

- C/C intestato ad AIRA Associazione Italiana Responsabili Antiriciclaggio
- IBAN IT 65 T 07092 03202 000001011867
- causale “Certificazione programmi AML CERTIFICATE 1 (oppure AML CERTIFICATE 2) (oppure AML&CYBER Certificate 3)

Per informazioni sugli Enti e i percorsi disponibili segreteria@iusconsulting.it

OBBLIGHI DELL’ENTE RICHIEDENTE “POST ACCREDITAMENTO”

Una volta che il percorso formativo avrà ottenuto l’accreditamento, l’Ente Richiedente si impegna a trasmettere - in formato cartaceo o per e-mail - alla Segreteria di AIRA - **e prima dell’inizio del corso** - il **calendario definitivo** delle giornate di formazione e la **dichiarazione di conformità** che gli verrà recapitata



ASSOCIAZIONE ITALIANA RESPONSABILI ANTIRICICLAGGIO

dalla Segreteria di AIRA. Qualora – in casi eccezionali – si rendesse necessaria una modifica del calendario, l’Ente Richiedente si impegna a darne comunicazione tempestiva alla Segreteria di AIRA affinché quest’ultima sia sempre messa nella condizione di poter effettuare le eventuali verifiche.

Luogo e data

Nome e cognome /Denominazione Ente Richiedente

Nome e cognome Legale Rappresentante

Firma Legale Rappresentante

Timbro Ente Richiedente

Timbro e Firma del Rappresentante della (eventuale) Ente di Formazione



ANNO _____

ALLEGATO 1 SCHEDA ENTE RICHIEDENTE

SEZIONE 1: ANAGRAFICA DELL' ENTE CHE RICHIEDE L' ACCREDITAMENTO DEL PERCORSO FORMATIVO

ANAGRAFICA ENTE RICHIEDENTE

Denominazione o ragione sociale

Via n°
Città Prov. (.....) CAP
Partita IVA Capitale sociale
Codice fiscale
Domicilio fiscale

Legale rappresentante

Tel _____ **Fax** _____

BECAPITO DI CORRISPONDENZA

Segreteria

Indirizzo di spedizione

Persona di contatto

Te

Persona di contatto

Tel Fax

e-mail

Sito Internet

Orari di segreteria

Grant in Lieu of Service

Per **Ente Richiedente** si intende il **Soggetto** – sia esso una scuola di formazione o un’istituzione finanziaria (Banca, Sim, etc.) – che si fa carico **SIA di presentare** la domanda di certificazione, **SIA di organizzare e gestire** presso le **proprie** strutture (o presso strutture **di terzi**, ma sotto il proprio **coordinamento** e la propria **supervisione**) il Corso in oggetto. Come tale, l’**Ente Richiedente** risulta **titolare, referente e responsabile** - nei confronti di AIRA - **del Corso**.

Nel caso in cui l'**Ente Richiedente - Istituzione Finanziaria** si avvalga, per l'erogazione del Corso, di una **Scuola di formazione**, si chiede di compilare la **sezione 1 bis** relativa all'anagrafica dell'**Ente Formatore**. In tutti i casi, comunque, dovrà essere compilata correttamente ed esaustivamente la **SEZIONE 3: "FACULTY DEL CORSO"**.



ASSOCIAZIONE ITALIANA RESPONSABILI ANTIRICICLAGGIO

SEZIONE 1bis: ANAGRAFICA DELL'ENTE DI FORMAZIONE (se diverso dall'Ente Richiedente)

Denominazione o ragione sociale.....

Via n°

Città Prov. (.....) CAP

Responsabile progetto.....

Tel. Fax E-mail

ANNO _____

SEZIONE 2: DESCRIZIONE PROGRAMMA FORMATIVO

Titolo del corso:

.....

Numero di partecipanti (max):

.....

Sede di svolgimento delle lezioni e dotazioni utilizzate (aula, supporti tecnologici, etc.):

.....

.....

Inizio del corso (previsione):

.....

Termine del corso (previsione):

.....

Durata del corso (numero totale ore): Numero totale giornate:.....

ANNO _____

SEZIONE 3: FACULTY DEL CORSO

Responsabile di progetto / direttore del corso (indicare nominativo e qualifica professionale):

.....
.....
.....
.....

Criteri di scelta docenti:

N.B. - per docenti universitari (professori ordinari, professori associati e professori a contratto) indicare l'Ateneo di appartenenza - per tutti gli altri docenti allegare i rispettivi Curricula Vitae

.....
.....
.....
.....
.....

Criteri di scelta delle testimonianze istituzionali e/o professionali:

.....
.....
.....
.....

ANNO _____

SEZIONE 4: MODALITA' DI CONTROLLO PER LA FORMAZIONE

Modalità di controllo di frequenza del corso:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Modalità di valutazione dell'apprendimento (progressiva e finale):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Questionario di feedback dei partecipanti al corso (customer satisfaction)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

NB: AIRA si riserva il diritto di revocare - per giusta causa – l'accreditamento concesso qualora, durante le verifiche che riterrà opportuno disporre attraverso i propri organi competenti, ravvisasse la non corrispondenza tra quanto dichiarato in fase di valutazione dall'Ente Richiedente e quanto riscontrato nella realtà.

Per Ente Richiedente

DATA TIMBRO FIRMA LEGALE RAPPRESENTANTE

.....
.....

Per eventuale Ente di Formazione

DATA TIMBRO FIRMA LEGALE RAPPRESENTANTE

.....
.....

ANNO _____

ALLEGATO 2: SCHEDA PROGRAMMA DEL CORSO – AML CERTIFICATE 1

ANNO _____

ALLEGATO 2b: SCHEDA PROGRAMMA DEL CORSO – AML CERTIFICATE 2

ANNO _____

ALLEGATO 2c: SCHEDA PROGRAMMA DEL CORSO – AML&CYBER Certificate 3

ANNO _____

Data,

Timbro dell'Ente Richiedente

Nome e Cognome del Responsabile della compilazione

.....

Firma del Responsabile della Compilazione

.....