



## **“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](mailto: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 .....

#### RECAPITO DI CORRISPONDENZA

Segreteria

.....

Indirizzo di spedizione

.....

.....

.....

Persona di contatto

.....

Tel ..... Fax .....

.....

e-mail

.....

Sito Internet.....

Orari di segreteria

.....

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 (aule, 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**

.....