

U.O. FORMAZIONE E ACCREDITAMENTO

Allegato n.1

FORMAZIONE RESIDENZIALE

■ Titolo :

■ Periodo di svolgimento:

■ Anno del Piano Formativo:

■ Durata effettiva dell'attività formativa (in ore e giorni)

■ Obiettivi generali:

■ Obiettivi specifici:

■ Contenuti : (Esplicitare le relazioni dei docenti e l'orario)

Contesto attività:
 Operativo es. ospedaliero, territoriale, ecc.

Responsabile Scientifico:
Cognome e Nome, Data e Lugo di nascita, Codice Fiscale
Curriculum firmato per esteso in formato europeo.

--

- **Qualifiche operatori coinvolti:**
- **Numero Operatori per qualifica:**

Metodologia:

- Lezioni preordinate
- Lavori di gruppo

Deliberazione n.433 del 03/05/2017 “ Regolamento di accesso e di funzionamento dell’Albo/elenco docenti per attività di formazione aziendale”

- **Docenti coinvolti:**
- **Interni:**

- **Esterni :** Accertata l’impossibilità di reperire all’interno dell’Azienda personale con competenze idonee a svolgere l’attività formativa in progettazione il Responsabile U.O. Formazione e Accredimento d’intesa con il Responsabile Scientifico del progetto: consulta l’elenco dei professionisti iscritti all’Elenco Aziendale per l’area di competenza del corso, individua e compara i Curriculum Vitae motivando la scelta del docente idoneo al progetto.

- **Curriculum breve dei docenti interni con indicazione di data , luogo di nascita e codice fiscale**

Verifica Apprendimento partecipanti:

- Con questionario
- Con esame orale
- Con esame pratico
- Con prova scritta
- Relazione firmata dal responsabile e dal provider

Risultato operativo

- Report attività
- Relazione su progetto
- Studio

Firma e Data del Direttore / Responsabile di Unità Operativa