

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**