**MODULO PER PROPOSTE FORMATIVE**

ORDINE TSRM-PSTR di BL-TV-VI

Presidente CdA:

Componente CD:

PROPONENTE

MACRO AREA

AREA

MICROAREA

TITOLO

DESTINATARI

MOTIVAZIONE

DEL **PROGETTO**

(CRITICITA’/

IL PROBLEMA/

GAP FORMATIVO..)

A quale obiettivo si potrebbe riferire degli obbiettivi nazionali e regionali ECM (allegato A):

 tecnico specialistico……………………………..

 di processo…………………………………………..

 di sistema……………………………………………..

OBIETTIVI

FORMATIVI

**RISULTATI ATTESI**

**INDICATORI DI**

**VERIFICA**

RES

 CONGRESSO/SIMPOSIO/CONFERENZA/SEMINARIO  
 TAVOLA ROTONDA  
 CORSO DI AGGIORNAMENTO TECNOLOGICO E STRUMENTALE  
 VIDEOCONFERENZA

 ALTRO

FAD

 CARTACEA o SUPPORTO DIGITALIZZATO   
 PIATTAFORMA MULTIMEDIALE INTERATTIVA VIA WEB (WBT) - E-LEARNING  
 CORSI IN DIRETTA SU PIATTAFORMA MULTIMEDIALE PER FAD SINCRONA

FSC

 TRAINING INDIVIDUALIZZATO

 GRUPPI DI MIGLIORAMENTO

 ATTIVITA’ DI RICERCA

BLENDED

 FAD+RES

 FAD+FSC

 FSC+RES

**TIPOLOGIA**

**DATA PREVISTA**

**INIZIO**

DEL PROGETTO

FORMATIVO

**DATA PREVISTA**

**FINE**

DEL PROGETTO

FORMATIVO

SINOSSI:

**PROPOSTA**

**DI MASSIMA**

ACCREDITAMENTO

 PREVISTO

 NON PREVISTO

PROVIDER INDIVIDUATO:

**ECM**

**RESPONSABILE**

**DI**

**PROGETTO**

**RESPONSABILE**

**AMMINISTRATIVO**

(se diverso)

**RESPONSABILE**

**SCIENTIFICO**

(se diverso)

**DOCENTI**

Modulo B (brevissimo curriculum max 5 righe per ogni docente) allegato:

 SI

 NO

Programma dettagliato allegato:

 SI

 NO

**NB:** in caso di assenza di presentazione del programma dettagliato lo stesso deve essere inviato all’UF in visione prima della pubblicazione su qualsiasi mezzo informativo pubblico e prima di un eventuale invio per accreditamento ECM.

**PROGRAMMA**

Firma

Presidente CdA proponente

Parte a cura dell’Ufficio Formazione

|  |
| --- |
| Visionato dall’Ufficio Formazione in data : |
| **1 Modalità di progettazione**  ***oTTIMO*   *buono*   *sufficiente*  *insufficente***  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   1. **Modalità di erogazione dell’offerta formativa – organizzazione logistica (o dotazioni per teleconferenza, webinar ,ecc.) e strutturale**   ***ottimo*   *buono*   *sufficiente*  *insufficente***  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **3 Modalità prevista di valutazione della qualità degli eventi**   * Non prevista * Prevista * Prevista in modalità coerente con l’erogazione di crediti ECM   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **4 Modalità prevista di valutazione dell’apprendimento**   * Non prevista * Prevista * Prevista in modalità coerente con la tipologia didattica prevista * Prevista in modalità coerente con l’erogazione di crediti ECM   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **5 Il progetto formativo è in linea con le finalità formative dell’Ordine**   * Si * No   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **6 Il docenti previsti possono creare conflitti deontologici per l’Ordine**   * Si * No   **7 Il docenti previsti potrebbero creare problemi di ambiti di competenze tra professioni sanitarie appartenete all’Ordine**   * Si * No   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **8 Il bilancio preventivo è stato valutato positivamente dal Tesoriere dell’Ordine**   * Si * No   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **9 E’ stato allegato:**   * programma definitivo * allegato B (informazioni relatori)   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Osservazioni: |
| Portato in approvazione alla riunione del CD del :   * ***approvato ( con voti )*** * ***non approvato*** |
| data : Firma del referente U.F. |