**BARRARE UNA DELLE SEGUENTI MODALITÀ DI EROGAZIONE DEL CORSO**

□ FORMAZIONE RESIDENZIALE

□ FORMAZIONE FAD SINCRONA (corsi live)

□ FORMAZIONE FAD ASINCRONA (corsi in differita)

□ FORMAZIONE BLENDED (gestione ibrida del corso tra lezioni in aula ed on-line)

**RAGIONE SOCIALE:** **AZIENDA ASL TERAMO**  N. **PROVIDER REGIONALE:** **7**

**L’INIZIATIVA FORMATIVA DA ACCREDITARE ECM SI CONFIGURA COME PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE O COME EVENTO FORMATIVO?**

**□ Progetto formativo¹** **□ Evento formativo2**

**(¹ progetto formativo:** iniziativa formativa riservata al solo personale dell’ASL di Teramo, compreso il personale in convenzione)

**(2 evento formativo:** iniziativa formativa aperta anche al personale esterno all’ASL di Teramo)

**L’EVENTO TRATTA ARGOMENTI INERENTI L’ALIMENTAZIONE DELLA PRIMA INFANZIA?** □ SI □ NO

1. **TITOLO DEL PROGRAMMA FORMATIVO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **SEDE**

REGIONE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PROVINCIA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COMUNE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INDIRIZZO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

LUOGO EVENTO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **PERIODO DI SVOLGIMENTO**

ANNO DEL PIANO FORMATIVO DI RIFERIMENTO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA INIZIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA FINE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SONO PREVISTE ULTERIORI EDIZIONI?**  □ SI □ NO

Se SI, INDICARE DATE E LUOGO SVOLGIMENTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **DURATA EFFETTIVA DELL’ATTIVITA’ FORMATIVA (IN ORE)**
2. **OBIETTIVI DELL’EVENTO**

**(SELEZIONARE L’OBIETTIVO FORMATIVO PRESCELTO)**

* Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell’evidence based practice (ebm – ebn – ebp)
* Linee guida - protocolli – procedure
* Documentazione Clinica. Percorsi clinico assistenziali/diagnostici/riabilitativi, profili di assistenza-profili di cura
* Appropriatezza prestazioni sanitarie, sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell’efficienza ed efficacia. Livelli essenziali di Assistenza (LEA)
* Principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie
* Sicurezza del paziente, risk management e responsabilità professionale
* La comunicazione efficace interna, esterna, con paziente. La privacy ed il consenso informato
* Integrazione interprofessionale e multiprofessionale, interistituzionale
* Integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera
* Epidemiologia – prevenzione e promozione della salute – diagnostica – tossicologia con acquisizione di nozioni tecnico-professionali
* Management sistema salute. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali
* Aspetti relazionali e umanizzazione cure
* Metodologia e tecniche di comunicazione, anche in relazione allo sviluppo dei programmi nazionali e regionali di prevenzione primaria
* Accreditamento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità, procedure e certificazioni, con acquisizione di nozioni di processo
* Multiculturalità e cultura dell’accoglienza nell’attività sanitaria, medicina relativa alle popolazioni migranti
* Etica, bioetica e deontologia
* Argomenti di carattere generale: sanità digitale, informatica di livello avanzato e lingua inglese scientifica. Normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del S.S.N. e normativa su materie oggetto delle singole professioni sanitarie, con acquisizione di nozione di sistema
* Contenuti tecnico professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, ivi incluse le malattie rare e la medicina di genere
* Medicine non convenzionali: valutazione dell’efficacia in ragione degli esiti e degli ambiti di complementarietà
* Tematiche speciali del S.S.N. e S.S.R. carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione Nazionale ECM e dalle Regioni/Provincie autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni tecnico professionali
* Trattamento del dolore acuto e cronico. Palliazione
* Fragilità e cronicità: (minori, anziani, dipendenze da stupefacenti, alcool e ludopatia, salute mentale), nuove povertà tutela degli aspetti assistenziali, sociosanitari, e socio-assistenziali
* Sicurezza e igiene degli alimentari, nutrizione e/o patologie correlate
* Sanità Veterinaria. Attività presso gli stabulari. Sanità vegetale
* Farmaco epidemiologia, farmacoeconomia, farmacovigilanza
* Sicurezza e igiene ambientali (aria, acqua e suolo) e/o patologie correlate
* Implementazione della cultura e della sicurezza in materia di donazione trapianto
* Innovazione tecnologica: valutazione, miglioramento dei processi di gestione nelle tecnologie biomediche, chimiche, fisiche e dei dispositivi medici. Health Technology Assesment
* Epidemiologia – Prevenzione Promozione della Salute- diagnostica – tossicologia con acquisizione di nozioni di processo
* Epidemiologia – Prevenzione Promozione della Salute- diagnostica – tossicologia con acquisizione di nozioni di sistema
* Tematiche Speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione Nazionale per l Formazione Continua e dalle regioni/provincie autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di processo
* Tematiche Speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione Nazionale per l Formazione Continua e dalle regioni/provincie autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di sistema
* Accreditamento Strutture Sanitarie e dei professionisti. La cultura delle qualità, procedure e certificazioni, con acquisizioni tecnico professionali
* Argomenti di Carattere generale: sanità digitale, informatica di livello avanzato e lingua inglese scientifica. Normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del S.S.N. e normativa su materie oggetto delle singole professioni sanitarie, con acquisizione di nozioni tecnico- professionali
* Valutazione, analisi, studio, caratterizzazione identificazione di: agenti, sostanze, preparati, materiali ed articoli e loro interazione con la salute e la sicurezza
* Metodologie e Tecniche e procedimenti di misura e indagini analitiche, diagnostiche e di screening, anche in ambito ambientale, del territorio e del patrimonio artistico e culturale. Raccolta, processamento ed elaborazione dei dati e dell’informazione
* Verifiche ed accertamenti nei porti e sulle navi anche ai fini della sicurezza; valutazioni ed analisi di esplosivi, combustibili, accelleranti e loro tracce; gestione delle emergenze e degli incidenti rilevanti

**ACQUISIZIONE COMPETENZE TECNICO PROFESSIONALI:**

**ACQUISIZIONE COMPETENZE DI PROCESSO:**

**ACQUISIZIONE COMPETENZE DI SISTEMA:**

1. **PROGRAMMA DELL’ATTIVITA FORMATIVA (INVIARE TRAMITE FILE come indicato a pag. 6 )**

**6.1 Elencare i Docenti/Tutor dell’iniziativa formativa secondo il seguente prospetto:**

| **Cognome** | **Nome** | **Codice Fiscale**  (Non necessario per il personale ASL Teramo) | **Ruolo**  (specificare se docente o tutor) |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **CREDITI ASSEGNTATI (INSERIMENTO A CURA DELL’UOC FORMAZIONE, AGGIORNAMENTO E QUALITÀ)**
2. **TIPOLOGIA EVENTO (SELEZIONARE LA TIPOLOGIA FORMATIVA PRESCELTA):**

* Congresso/simposio/conferenze/seminario
* Tavola rotonda
* Conferenze clinico-patologiche volte alla presentazione e discussione epicritica interdisciplinare di specifici casi clinici
* Consensus meeting interaziendali finalizzati alla revisione delle statiche per la stendarizzazione di protocolli e procedure operative ed alla pianificazione e svolgimento di attivita’ legate a progetti di ricerca finalizzata
* Corso di aggiornamento tecnologico e strumentale
* Corso pratico finalizzato allo sviluppo continuo professionale
* Corso pratico per lo sviluppo di esperienze organizzativo-gestionali
* Frequenza clinica con assistenza di tutore e programma formativo presso una struttura assistenziale (specificare struttura assistenziale)
* Corso di aggiornamento
* Corso di addestramento
* Tirocinio/frequenza presso strutture assistenziali o formative
* Tirocinio/frequenza con metodiche tutoriali e presso una struttura assistenziale o formativa
* Corsi di formazione e/o applicazione in materia di costruzione, disseminazione ed implementazione di percorsi diagnostici terapeutici
* Videoconferenza

1. **WORKSHOP, SEMINARI, CORSI TEORICI** (CON MENO DI 100 PARTECIPANTI) **CHE SI SVOLGONO ALL’INTERNO DI CONGRESSI E CONVEGNI** □ PRESENTE □ NON PRESENTE
2. **FORMAZIONE RESIDENZIALE INTERATTIVA** □ PRESENTE □ NON PRESENTE
3. **RESPONSABILE SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:**

COGNOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CODICE FISCALE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CELLULARE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **PROFESSIONI ALLE QUALI SI RIFERISCE L’EVENTO FORMATIVO:**

* Assistente sanitario
* Biologo
* Chimico
* Dietista
* Educatore professionale
* Farmacista
* Fisico
* Fisioterapista
* Igienista dentale
* Infermiere
* Infermiere pediatrico
* Logopedista
* Medico chirurgo **(INDICARE LE DISCIPLINE DA ACCREDITARE SOTTO RIPORTATE)**

□ Allergologia ed immunologia clinica

□ Anatomia patologica

□ Anestesia e rianimazione

□ Angiologia

□ Audiologia e foniatria

□ Biochimica clinica

□ Cardiochirurgia

□ Cardiologia

□ Chirurgia generale

□ Chirurgia maxillo-facciale

□ Chirurgia pediatrica

□ Chirurgia plastica e ricostruttiva

□ Chirurgia toracica

□ Chirurgia vascolare

□ Continuità assistenziale

□ Dermatologia e venereologia

□ Direzione medica di presidio ospedaliero

□ Ematologia

□ Endocrinologia

□ Farmacologia e tossicologia clinica

□ Gastroenterologia

□ Genetica medica

□ Geriatria

□ Ginecologia e ostetricia

□ Igiene degli alimenti e della nutrizione

□ Igiene, epidemiologia e sanità pubblica

□ Laboratorio di genetica medica

□ Malattie dell'apparato respiratorio

□ Malattie infettive

□ Malattie metaboliche e diabetologia

□ Medicina aeronautica e spaziale

□ Medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro

□ Medicina dello sport

□ Medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza

□ Medicina fisica e riabilitazione

□ Medicina generale (medici di famiglia)

□ Medicina interna

□ Medicina legale

□ Medicina nucleare

□ Medicina termale

□ Medicina trasfusionale

□ Microbiologia e virologia

□ Nefrologia

□ Neonatologia

□ Neurochirurgia

□ Neurofisiopatologia

□ Neurologia

□ Neuropsichiatria infantile

□ Neuroradiologia

□ Oftalmologia

□ Oncologia

□ Organizzazione dei servizi sanitari di base

□ Ortopedia e traumatologia

□ Otorinolaringoiatria

□ Patologia clinica (laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia)

□ Pediatria

□ Pediatria (pediatri di libera scelta)

□ Psichiatria

□ Psicoterapia

□ Radiodiagnostica

□ Radioterapia

□ Reumatologia

□ Scienza dell'alimentazione e dietetica

□ Urologia

* Odontoiatra
* Ortottista/assistente di oftalmologia
* Ostetrica/o
* Podologo
* Psicologo
* Tecnico audiometrista
* Tecnico audioprotesista
* Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare
* Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro
* Tecnico della riabilitazione psichiatrica
* Tecnico di neurofisiopatologia
* Tecnico ortopedico
* Tecnico sanitario di radiologia medica
* Tecnico sanitario laboratorio biomedico
* Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva
* Terapista occupazionale
* Veterinario
* Tutte le professioni

1. **RESPONSABILI SCIENTIFICI: (INVIARE IL CURRICULUM FIRMATO IN MANIERA AUTOGRAFA come indicato a pag. 6)**
2. COGNOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

QUALIFICA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(2) COGNOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

QUALIFICA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **RILEVANZA DEI DOCENTI/RELATORI:** □ NAZIONALE □ INTERNAZIONALE
2. **METODO DI INSEGNAMENTO:**

* LEZIONI MAGISTRALI
* SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO
* TAVOLE ROTONDE CON DIBATTITO TRA ESPERTI
* CONFRONTO/DIBATTITO TRA PUBBLICO ED ESPERTO/I GUIDATO DA UN CONDUTTORE (L’ESPERTO RISPONDE)
* DIMOSTRAZIONI TECNICHE SENZA ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DEI PARTECIPANTI
* PRESENTAZIONE DI PROBLEMI O DI CASI CLINICI IN SEDUTA PLENARIA (NON A PICCOLI GRUPPI)
* LAVORO A PICCOLI GRUPPI SU PROBLEMI E CASI CLINICI CON PRODUZIONE DI RAPPORTO FINALE DA DISCUTERE CON ESPERTO
* ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DI TUTTI I PARTECIPANTI DI ATTIVITA’ PRATICHE O TECNICHE
* ROLE-PLAYNG

1. **E’ PREVISTO L’USO DELLA SOLA LINGUA ITALIANA?:** □ SI □ NO

€

1. **QUOTA DI PARTECIPAZIONE?**
2. **NUMERO PARTECIPANTI**
3. **PROVENIENZA PRESUMIBILE DEI PARTECIPANTI**: □ LOCALE □ REGIONALE □ NAZIONALE □ INTERNAZIONALE
4. **VERIFICA PRESENZA DEI PARTECIPANTI:**

□ FIRMA DI PRESENZA

□ SCHEDE DI VALUTAZIONE DELL’EVENTO FIRMATE DAI PARTECIPANTI

□ SISTEMA ELETTRONICO A BADGES

1. **VERIFICA APPRENDIMENTO DEI PARTECIPANTI:**

* CON QUESTIONARIO
* CON ESAME ORALE
* CON ESAME PRATICO
* CON PROVA SCRITTA
* CON QUESTIONARIO ONLINE

1. **TIPO DI MATERIALE DUREVOLE RILASCIATO AI PARTECIPANTI:**

1. **L’EVENTO E’ SPONSORIZZATO □ SI □ NO**

*Nel caso di risposta affermativa elencare quali ditte sponsor contribuiscono alla realizzazione dell’evento (indicare i riferimenti mail di ciascuna ditta)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SONO PRESENTI ALTRE FORME DI FINANZIAMENTO □ SI □ NO**

*Nel caso di risposta affermativa elencare le tipologie di finanziamento*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **L’EVENTO SI AVVALE DI PARTNER?** □ SI □ NO

**DOCUMENTI DA ALLEGARE, PREFERIBILMENTE, IN FORMATO ELETTRONICO:**

* file contenente il **programma del corso di formazione** con orario di inizio/fine per ogni sessione; indicazione dei docenti/tutor per ogni sessione; indicazione delle varie tipologie didattiche adottate (es. lavori a gruppi, esercitazione, discussione, lezione frontale, ecc.)
* **curricula sintetici**¹ in formato europeo del/i responsabile/i scientifico/i dell’evento, **firmati in maniera autografa**
* **curricula sintetici¹**  in formato europeo dei docenti / tutor dell’evento, **firmati in maniera autografa**

**Nota 1:** in calce al curriculum o con specifica dichiarazione, i docenti devono fornire **autorizzazione scritta   al trattamento dei dati personali**  per l’istruzione di procedure informatiche, cartacee, nonché finalizzate alla Pubblicazione via Web, nel rispetto delle norme in materia di privacy “tutela delle persone in relazione al trattamento dei dati” (D.Lgs. 196/2003 e Regolamento (CE) n. 45/2001 del Parlamento Europeo).