

Dipartimento/Struttura proponente

Inserire nello spazio sottostante una relazione contenente gli elementi elencati:

1. Da quali bisogni, problemi o criticità scaturiscono le proposte formative contenute nel Piano della Formazione Specifica?

2. Con quali strumenti sono stati raccolti?

3. Quali sono le motivazioni che sostengono l'utilità delle proposte contenute nel Piano della Formazione Specifica?

4. Quali sono gli obiettivi aziendali/dipartimentali/di unità operativa a cui le azioni formative si riferiscono?

5. Quali sono i risultati attesi dalle azioni formative?

Indicare i Servizi coinvolti nel Piano della Formazione Specifica:

- 1.
- 2.
- 3.

Indicare le tipologie formative e destinatari dei progetti formativi.		
Tipologia Evento		Destinatari
Formazione residenziale	<input type="checkbox"/> Attività formativa di aggiornamenti monotematici <input type="checkbox"/> Conferenze clinico-patologiche volte alla presentazione e discussione epicritica interdisciplinare di specifici casi clinici <input type="checkbox"/> Congresso/simposio/conferenza/seminario <input type="checkbox"/> Consensus meeting interaziendali finalizzati alla revisione delle stative per la standardizzazione di protocolli e procedure operative ed alla pianificazione e svolgimento di attività legate a progetti di ricerca finalizzata <input type="checkbox"/> Corsi di formazione e/o applicazione in materia di costruzione, disseminazione ed implementazione di percorsi diagnostici terapeutici <input type="checkbox"/> Corso di addestramento <input type="checkbox"/> Corso di aggiornamento <input type="checkbox"/> Corso di aggiornamento tecnologico e strumentale <input type="checkbox"/> Corso pratico finalizzato allo sviluppo continuo professionale <input type="checkbox"/> Corso pratico per lo sviluppo di esperienze organizzativo-gestionali <input type="checkbox"/> Tavola rotonda <input type="checkbox"/> Tirocinio/frequenza con metodiche tutoriali e presso una struttura assistenziale o formativa <input type="checkbox"/> Videoconferenza	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
Formazione sul campo	<input type="checkbox"/> Attività di training individualizzato <input type="checkbox"/> Audit clinico e/o assistenziale <input type="checkbox"/> Attività di ricerca <input type="checkbox"/> Partecipazione a Gruppi di lavoro/studio, Miglioramento e Commissioni /Comitati	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
Formazione fuori sede	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
FAD	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____

Allegare documento Piano Annuale Formativo Specifico del proprio Dipartimento/Distretto/Struttura, con descrizione delle singole proposte formative.

Data _____

Firma Direttore Dipartimento/Distretto _____