

U.O. Formazione e Qualità

Allegato n. A

FORMAZIONE RESIDENZIALE

■ **Titolo:**

■ **Anno e periodo di svolgimento:**

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

■ **Obiettivi formativo:**

■ **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 datato e firmato per esteso in formato europeo

■ Qualifiche operatori coinvolti

Metodologia:

- Lezioni preordinate
- Lavori di gruppo

■ Docenti coinvolti:

■ Interni:

■ Esterni: (vedi Albo dei docenti esterni)

■ Curriculum breve dei docenti 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

Firma e Data del Direttore / Responsabile di Unità Operativa