



# AZIENDA USL ROMA H

Borgo Garibaldi, 12 00041 Albano Laziale (Roma)  
Tel. 06 93.27.1 – Fax 06 93.27.38.66



## PROPOSTA DI PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE ECM.

**L'inserimento del progetto formativo va effettuato nel periodo compreso tra i 180 e i 90 giorni prima della data di svolgimento del Progetto formativo aziendale.**

Il Progetto formativo aziendale si realizza con la collaborazione di altre Aziende Sanitarie o Soggetti Pubblici /Privati registrati come organizzatori di eventi formativi?

Si  
No

(se si indicare denominazione e il numero di registrazione/provider ECM del collaboratore)

Denominazione ..... n.....

Qual è il Titolo del Progetto formativo aziendale ? (max 100 caratteri)

.....  
.....

Sede di svolgimento.....

Comune.....Numero previsto di Partecipanti.....

Data di inizio..... Data di fine.....

Indicare a quale/i e a quanti professionisti è rivolto il Progetto formativo aziendale :

Medico Chirurgo N°.....	Tec. San. di Lab.Med. N°.....
Disciplina .....	Biologo N°.....
Disciplina .....	Veterinario N°.....
Disciplina .....	Assistente Sanitario N°.....
Odontoiatra N°.....	Dietista N°.....
Farmacista N°.....	Educatore Professionale N°.....
Chimico N°.....	Infermiere Pediatrico N°.....
Fisico N°.....	Logopedista N°.....
Infermiere N°.....	Ortottista N°.....
Ostetrica/o N°.....	Podologo N°.....
Tec.San.di Rad. Med. N°.....	Tec. di Neurofisiopatologia N°...
Fisioterapista N°.....	Tec. Fisiopat. Cardiocirc. N°...
Tec. Audiometrista N°.....	Tec. Audioprotesista N°.....
Tec. Prev. Amb. N°.....	Tec. Ed. e Riab. Psich . N°.....
Psicologo N°.....	Terap. Neuro Psicom. N°.....
Igienista Dentale N°.....	Tec. Ortopedico N°.....
Terap. Occupaz. N°.....	Ottico N°.....
Odontotecnico N°.....	<b>Tutte le Professioni N°.....</b>

Se il Progetto formativo aziendale si svolge in più edizioni indicare:

data inizio .....	data fine.....	sede.....	n. partecipanti.....
data inizio .....	data fine.....	sede.....	n. partecipanti.....
data inizio .....	data fine.....	sede.....	n. partecipanti.....
data inizio .....	data fine.....	sede.....	n. partecipanti.....

Il Progetto formativo aziendale è:

coerente con uno degli obiettivi formativi di interesse nazionale cui i programmi ECM fanno riferimento (vedi in allegato) e che andrà di seguito riportato:

N..... Gruppo.....

ha l'obiettivo di:

a) fare acquisire conoscenze teoriche e aggiornamenti in tema di.....

.....

b) fare acquisire abilità manuali, tecniche o pratiche in tema di:.....

.....

c) fare migliorare le capacità relazionali e comunicative in tema di.....

.....

Responsabile/i scientifico/culturale del Progetto formativo aziendale

**(Nel caso fossero più di uno, il primo Responsabile dell'elenco sarà individuato a firmare, successivamente, gli attestati di partecipazione)**

1) Cognome.....Nome.....Qualifica.....

Competenze professionali (max 300 caratteri) .....

.....

2) Cognome.....Nome.....Qualifica.....

Competenze professionali.....

.....

3) Cognome.....Nome.....Qualifica.....

Competenze professionali.....

.....

E' prevista la consegna di Materiale Didattico ai partecipanti ?

Si

No

Se si barrare quale :

Dispense

Bibliografie

Testi

Linee guida

Raccolta lucidi

Altro .....

Come viene verificata la presenza effettiva dei partecipanti ai rispettivi Progetti formativi aziendali ?

Firma di presenza  
Schede di valutazione dell'evento firmate dai partecipanti  
Sistema elettronico a badges

Come viene verificato l'apprendimento da parte dei partecipanti?

Questionario  
Con esame orale  
Con esame pratico  
Con prova scritta  
Altro .....

Si ricorda che i partecipanti al Progetto formativo aziendale dovranno compilare una scheda di valutazione finale prevista come obbligo dal Programma ECM.

Se il Progetto formativo aziendale è finanziato da Sponsor commerciali specificare Quali .....

In che percentuale lo Sponsor contribuisce al costo complessivo dell'evento.....

Indicare 3 parole chiave per descrivere brevemente il Progetto formativo aziendale (Max 36 caratteri x riga)

1.....  
2.....  
3.....

Fornire su 1 floppy-disk, in word, n. 2 file contenenti:

File 1- il programma dettagliato del Progetto formativo aziendale con a seguire i curricula dei docenti e gli abstracts delle relazioni più significative (in alternativa un rationale del corso).

File 2- la prova di verifica dell'apprendimento dei partecipanti (questionario, o prova scritta, etc...)

**Modalità di accesso al Progetto formativo aziendale:**

**1. Corsi ai quali, nelle diverse edizioni, partecipano tutti gli operatori di un determinato Servizio o macrostruttura**

**2. Corsi ai quali si accede mediante arruolamento curato dall'U.O Sviluppo e Formazione in collaborazione con le direzioni di polo ospedaliero, di distretto e di dipartimento.**

**3. Corsi ai quali si accede a domanda del dipendente.**

**Solo in questo ultimo caso si dovrà inoltrare domanda all'U. O. Formazione. Tale domanda deve comunque recare il nulla osta del Responsabile del servizio di appartenenza**

**Compilare il modulo (allegato n. 3) dei dati riepilogativi del progetto.**