

Az. Osp. – Univ. Pisana UO Politiche e Gestione delle Risorse Umane – Settore Formazione	MODULO DI REGISTRAZIONE PROGETTAZIONE E ACCREDITAMENTO EVENTO FORMATIVO*	T 02/PA 03 Rev. 03 del 05 09 2023 Pag. 1 di 8
---	---	---

PREMESSA
Descrivere sinteticamente il fabbisogno formativo rilevato utilizzando al massimo 500 caratteri, compresi gli spazi.

TITOLO
Il titolo dell'evento deve essere in linea con quello esplicitato nel modulo di rilevazione del fabbisogno T.01/P.A.03; non deve superare i 130 caratteri, compresi gli spazi. Il titolo riportato nel presente modulo deve essere riportato sulla brochure, sulla locandina e sul foglio firme.

CONTENUTI FORMATIVI	
OBIETTIVO/I FORMATIVO/I	CONTENUTI DIDATTICI
	<i>I contenuti devono essere espressi nel dettaglio e coerenti con il programma dell'evento formativo.</i>

SEDE DI SVOLGIMENTO DEL CORSO
<i>La policy aziendale è quella di privilegiare l'utilizzo di sedi interne</i>

REFERENTI	N° TELEFONICO / E-MAIL	QUALIFICA
REFERENTE SCIENTIFICO DEL CORSO		
REFERENTE DELLA PROGETTAZIONE DEL CORSO		
ANIMATORE DI FORMAZIONE		

CARATTERISTICHE EVENTO		
L'evento è inserito nel Piano Formativo annuale? (in caso negativo inserire le motivazioni)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
L'evento è un percorso formativo di Area Vasta di cui l'Azienda è capofila?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
L'evento è organizzato in collaborazione con altro soggetto? Se Sì, indicare quale	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

TIPOLOGIA EVENTO <i>scegliere il tipo di percorso formativo (A o B o C o D o F) precisando la tipologia (convegni, congressi, etc.; è possibile trovare le definizioni delle varie tipologie di eventi nella PA03)</i>	
A	
<input type="checkbox"/> Corso <input type="checkbox"/> Corso con simulazione <input type="checkbox"/> Seminario <input type="checkbox"/> Giornata di studio <input type="checkbox"/> Consensus Meeting <input type="checkbox"/> Convegno <input type="checkbox"/> Congresso <input type="checkbox"/> Simposio <input type="checkbox"/> Conferenza <input type="checkbox"/> Seminario <input type="checkbox"/> Workshop <input type="checkbox"/> Corso all'interno di congresso o convegno	
B	
<input type="checkbox"/> Tirocinio, Stage <input type="checkbox"/> Comando tecnico – scientifico <input type="checkbox"/> Training On the Job (TOJ), Addestramento pratico <input type="checkbox"/> TOJ con Simulazione	
C	
<input type="checkbox"/> FAD con strumenti informatici/cartacei <input type="checkbox"/> E-learning (FAD) <input type="checkbox"/> FAD sincrona <input type="checkbox"/> FAD sincrona con Simulazione	
D	
<input type="checkbox"/> Riunione permanente di aggiornamento professionale/gruppo di miglioramento <input type="checkbox"/> Comunità di apprendimento o di pratica <input type="checkbox"/> Comitato aziendale permanente <input type="checkbox"/> Commissione di studio <input type="checkbox"/> PDTA integrati e multi professionali <input type="checkbox"/> Focus Group <input type="checkbox"/> Audit <input type="checkbox"/> Audit rischio clinico <input type="checkbox"/> Mortality&Morbidity (M&M) <input type="checkbox"/> Simulazione <input type="checkbox"/> Conferenze clinico-patologiche/assistenziali	

* Fatte salve le attività di ricerca per le quali è previsto apposito modulo T18/PA03.

Il presente modulo deve essere compilato e sottoscritto dal Referente Scientifico in stretta collaborazione con il Referente della Progettazione e/o dall'animatore di formazione, ed inviato in formato word ed in formato pdf firmato, all'indirizzo di posta elettronica eventiformazione@ao-pisa.toscana.it entro 30 giorni dalla data di inizio e 45 giorni in caso di presenza di docenti esterni al SSRT.

Az. Osp. – Univ. Pisana UO Politiche e Gestione delle Risorse Umane – Settore Formazione	MODULO DI REGISTRAZIONE PROGETTAZIONE E ACCREDITAMENTO EVENTO FORMATIVO*	T 02/PA 03 Rev. 03 del 05 09 2023 Pag. 2 di 8
---	---	---

TIPOLOGIA EVENTO
scegliere il tipo di percorso formativo (A o B o C o D o F) precisando la tipologia (convegni, congressi, etc.; è possibile trovare le definizioni delle varie tipologie di eventi nella PA03)

E
<input type="checkbox"/> Blended (tipo A + tipo B) Inserire ore modulo residenziale: Inserire ore modulo Training individuale:
<input type="checkbox"/> Blended (tipo A + tipo C) Inserire ore modulo residenziale: Inserire ore modulo FAD: Tipologia Modulo FAD: <input type="checkbox"/> FAD con strumenti informatici/cartacei <input type="checkbox"/> E-learning(FAD) <input type="checkbox"/> FAD sincrona
<input type="checkbox"/> Blended (tipo A + tipo D) Inserire ore modulo residenziale: Inserire ore modulo gruppo di miglioramento/formazione sul campo:
<input type="checkbox"/> Blended (tipo C + tipo D) Tipologia Modulo FAD: <input type="checkbox"/> FAD con strumenti informatici/cartacei <input type="checkbox"/> E-learning(FAD) <input type="checkbox"/> FAD sincrona <input type="checkbox"/> FAD sincrona con Simulazione Inserire ore modulo gruppo di miglioramento/formazione sul campo:
<input type="checkbox"/> Blended (tipo C + tipo B) Tipologia Modulo FAD: <input type="checkbox"/> FAD con strumenti informatici/cartacei <input type="checkbox"/> E-learning(FAD) <input type="checkbox"/> FAD sincrona Inserire ore modulo Training individuale:
Blended (tipo C + tipo C) Flipped Classroom Inserire modulo Fad: Tipologia Modulo FAD: <input type="checkbox"/> FAD con strumenti informatici/cartacei <input type="checkbox"/> E-learning(FAD) <input type="checkbox"/> FAD sincrona Tipologia Modulo FAD: <input type="checkbox"/> FAD con strumenti informatici/cartacei <input type="checkbox"/> E-learning(FAD) <input type="checkbox"/> FAD sincrona
F
<input type="checkbox"/> Videoconferenza

DURATA E ARTICOLAZIONE DEL CORSO

- N° EDIZIONI :
- N° GIORNATE PER EDIZIONE :
- DURATA COMPLESSIVA IN ORE PER SINGOLA EDIZIONE: <i>non sono ammesse frazioni di ora, per eventi tipo A numero minimo ore 4, per eventi tipo D numero minimo ore 6 (escluso audit, audit rischio clinico, MeM e simulazione che possono essere di 4 ore)</i>
- SPECIFICARE DATA INIZIO E DATA FINE DELLE SINGOLE EDIZIONI : ___/___/___ E ___/___/___

CALENDARIO E ORARIO - PROGRAMMA DETTAGLIATO

DATA	ORARIO		ARGOMENTO	DOCENTE	EVENTUALE CODOCENZA <i>(ossia presenza contestuale di più docenti)</i>
	dalle ore	alle ore			

* Fatte salve le attività di ricerca per le quali è previsto apposito modulo T18/PA03.
 Il presente modulo deve essere compilato e sottoscritto dal Referente Scientifico in stretta collaborazione con il Referente della Progettazione e/o dall'animatore di formazione, ed inviato in formato word ed in formato pdf firmato, all'indirizzo di posta elettronica eventiformazione@ao-pisa.toscana.it entro 30 giorni dalla data di inizio e 45 giorni in caso di presenza di docenti esterni al SSRT.

Az. Osp. – Univ. Pisana UO Politiche e Gestione delle Risorse Umane – Settore Formazione	MODULO DI REGISTRAZIONE PROGETTAZIONE E ACCREDITAMENTO EVENTO FORMATIVO*	T 02/PA 03 Rev. 03 del 05 09 2023 Pag. 3 di 8
---	---	---

METODI D'INSEGNAMENTO	N° ORE <i>(non sono ammesse frazioni di ora)</i>
Lezioni magistrali	
Presentazioni, relazioni e interventi	
Tavole rotonde	
Confronto/dibattito fra pubblico ed esperto guidato da un conduttore	
Presentazione dei problemi o casi clinici in seduta plenaria	
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici	
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	
Apprendimento tecnico-pratico individuale	
Simulazione	
Role-playing	
Brainstorming	
Formazione a Distanza	
Analisi/revisione documenti/buone pratiche/linee guida	
Esercitazione al computer	
Altro (specificare)	

OBIETTIVI FORMATIVI DI INTERESSE NAZIONALE

A quale dei seguenti obiettivi formativi di interesse nazionale fa riferimento l'evento formativo? È possibile barrare un solo obiettivo.

OBIETTIVI FORMATIVI TECNICO PROFESSIONALI

- EPIDEMIOLOGIA-PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE DIAGNOSTICA – TOSSICOLOGIA CON ACQUISIZIONE DI NOZIONI TECNICO-PROFESSIONALI
- CONTENUTI TECNICO-PROFESSIONALI (CONOSCENZE E COMPETENZE) SPECIFICI DI CIASCUNA PROFESSIONE, DI CIASCUNA SPECIALIZZAZIONE E DI CIASCUNA ATTIVITA' 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 COMPLEMENTARIETA'
- TEMATICHE SPECIALI DEL SSN E SSR E/O A CARATTERE URGENTE E/O STRAORDINARIO INDIVIDUATE DALLA CN PER LA FORMAZIONE CONTINUA E DALLE REGIONI/PROVINCE AUTONOME PER FAR FRONTE A SPECIFICHE EMERGENZE SANITARIE CON ACQUISIZIONE DI NOZIONI TECNICO-PROFESSIONALI
- TRATTAMENTO DEL DOLORE ACUTO E CRONICO. PALLIAZIONE
- FRAGILITA' E CRONICITA' (MINORI, ANZIANI, DIPENDENZE DA STUPEFACENTI, ALCOOL E LUDOPATIA, SALUTE MENTALE), NUOVE POVERTA', TUTELA DEGLI ASPETTI ASSISTENZIALI, SOCIO-SANITARI E SOCIO – ASSISTENZIALI
- SICUREZZA E IGIENE ALIMENTARI, NUTRIZIONE E/O PATOLOGIE CORRELATE
- SANITA' VETERINARIA. ATTIVITA' PRESSO GLI STABULARI. SANITA' VEGETALE
- FARMACOEPIDEMILOGIA, FARMACOECONOMIA, FARMACOVIGILANZA
- SICUREZZA E IGIENE AMBIENTALI (AREA, ACQUA E SUOLO) E/O PATOLOGIE CORRELATE
- SICUREZZA E IGIENE NEGLI AMBIENTI E NEI LUOGHI DI LAVORO E PATOLOGIE CORRELATE. RADIOPROTEZIONE
- IMPLEMENTAZIONE DELLA CULTURA E DELLA SICUREZZA IN MATERIA DI DONAZIONE-TRAPIANTO
- INNOVAZIONE TECNOLOGICA: VALUTAZIONE, MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI DI GESTIONE DELLE TECNOLOGIE BIOMEDICHE, CHIMICHE, FISICHE E DEI DISPOSITIVI MEDICI. HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT
- ACCREDITAMENTO STRUTTURE SANITARIE E DEI PROFESSIONISTI. LA CULTURA DELLA QUALITA' , PROCEDURE E CERTIFICAZIONI, CON ACQUISIZIONE DI NOZIONI TECNICO PROFESSIONALI
- ARGOMENTI DI CARATTERE GENERALE: SANITA' DIGITALE, INFORMATICA DI LIVELLO AVANZATO E LINGUA INGLESE SCIENTIFICA. NORMATIVA IN MATERIA SANITARIA: I PRINCIPI ETICI E CIVILI DEL SSN E NORMATIVA SU MATERIA 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, 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, ACCELERANTI E LORO TRACCE; GESTIONE DELLE EMERGENZE E DEGLI INCIDENTI RILEVANTI

OBIETTIVI FORMATIVI DI PROCESSO

- DOCUMENTAZIONE CLINICA. PERCORSI CLINICO-ASSISTENZIALI DIAGNOSTICI E RIABILITATIVI, PROFILI DI ASSISTENZA-PROFILI DI CURA
- APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI SANITARIE, SISTEMI DI VALUTAZIONE, VERIFICA E MIGLIORAMENTO DELL'EFFICIENZA ED EFFICACIA. LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (LEA)

* Fatte salve le attività di ricerca per le quali è previsto apposito modulo T18/PA03.

Il presente modulo deve essere compilato e sottoscritto dal Referente Scientifico in stretta collaborazione con il Referente della Progettazione e/o dall'animatore di formazione, ed inviato in formato word ed in formato pdf firmato, all'indirizzo di posta elettronica eventiformazione@ao-pisa.toscana.it entro 30 giorni dalla data di inizio e 45 giorni in caso di presenza di docenti esterni al SSRT.

OBIETTIVI FORMATIVI DI INTERESSE NAZIONALE

- LA COMUNICAZIONE EFFICACE INTERNA, ESTERNA, CON PAZIENTE. LA PRIVACY ED IL CONSENSO INFORMATO
- INTEGRAZIONE INTERPROFESSIONALE E MULTIPROFESSIONALE, INTERISTITUZIONALE
- 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
- MULTICULTURALITA' E CULTURA DELL'ACCOGLIENZA NELL'ATTIVITA' SANITARIA, MEDICINA RELATIVA ALLE POPOLAZIONI MIGRANTI
- EPIDEMIOLOGIA - PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE – DIAGNOSTICA – TOSSICOLOGIA 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 LA FORMAZIONE CONTINUA E DALLE REGIONI/PROVINCE AUTONOME PER FAR FRONTE A SPECIFICHE EMERGENZE SANITARIE CON ACQUISIZIONE DI NOZIONI DI PROCESSO

OBIETTIVI FORMATIVI DI SISTEMA

- APPLICAZIONE NELLA PRATICA QUOTIDIANA DEI PRINCIPI E DELLE PROCEDURE DELL'EVIDENCE BASED PRACTICE (EBM - EBN - EBP)
- LINEE GUIDA -PROTOCOLLI-PROCEDURE
- PRINCIPI, PROCEDURE E STRUMENTI PER IL GOVERNO CLINICO DELLE ATTIVITA' SANITARIE
- SICUREZZA DEL PAZIENTE, RISK MANAGEMENT E RESPONSABILITA' PROFESSIONALE
- 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 NOZIONI DI SISTEMA
- EPIDEMIOLOGIA - PREVENZIONE E 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 LA FORMAZIONE CONTINUA E DALLE REGIONI/PROVINCE AUTONOME PER FAR FRONTE A SPECIFICHE EMERGENZE SANITARIE CON ACQUISIZIONE DI NOZIONI DI SISTEMA

DESTINATARI DELL'EVENTO
(L'evento è rivolto unicamente ai profili professionali individuati in fase di progettazione ed indicati nella presente tabella)

DESTINATARI DEL CORSO AOUP

N°	QUALIFICA	DIPARTIMENTO DI APPARTENENZA	UO/SOD

DESTINATARI DEL CORSO ESTERNI

N°	QUALIFICA	ENTE DI APPARTENENZA

* Fatte salve le attività di ricerca per le quali è previsto apposito modulo T18/PA03.
 Il presente modulo deve essere compilato e sottoscritto dal Referente Scientifico in stretta collaborazione con il Referente della Progettazione e/o dall'animatore di formazione, ed inviato in formato word ed in formato pdf firmato, all'indirizzo di posta elettronica eventiformazione@ao-pisa.toscana.it entro 30 giorni dalla data di inizio e 45 giorni in caso di presenza di docenti esterni al SSRT.

NUMERO COMPLESSIVO DEI PARTECIPANTI ALL'EVENTO	N°
NUMERO PERSONALE DIPENDENTE SST	N°
RUOLO SANITARIO	Medico chirurgo: N°
	Odontoiatra: N°
	Farmacista: N°
	Veterinario: N°
	Psicologo: N°
	Biologo: N°
	Chimico: N°
	Fisico: N°
	Assistente sanitario: N°
	Dietista: N°
	Educatore professionale: N°
	Fisioterapista: N°
	Igienista dentale: N°
	Infermiere: N°
	Infermiere pediatrico: N°
	Logopedista: N°
	Ortottista/assistente di oftalmologia: N°
	Ostetrica/o: N°
	Podologo: N°
	Tecnico audiometrista: N°
	Tecnico audioprotesista: N°
	Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare: N°
	Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro: N°
Tecnico della riabilitazione psichiatrica: N°	
Tecnico di neurofisiopatologia: N°	
Tecnico ortopedico: N°	
Tecnico sanitario di radiologia medica: N°	
Tecnico sanitario laboratorio biomedico: N°	
Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva: N°	
Terapista occupazionale: N°	
ALTRO PERSONALE LAUREATO	N°
RUOLO AMMINISTRATIVO	N°
NUMERO PERSONALE CONVENZIONATO SST	N°
	Medici medicina generale: N°
	Medici dell' emergenza sanitaria territoriale: N°
	Pediatri di libera scelta: N°
	Specialisti ambulatoriali: N°
Medici dei servizi: N°	
ALTRO PERSONALE:	N°

* Fatte salve le attività di ricerca per le quali è previsto apposito modulo T18/PA03.

Il presente modulo deve essere compilato e sottoscritto dal Referente Scientifico in stretta collaborazione con il Referente della Progettazione e/o dall'animatore di formazione, ed inviato in formato word ed in formato pdf firmato, all'indirizzo di posta elettronica eventiformazione@ao-pisa.toscana.it entro 30 giorni dalla data di inizio e 45 giorni in caso di presenza di docenti esterni al SSRT.

Az. Osp. – Univ. Pisana UO Politiche e Gestione delle Risorse Umane – Settore Formazione	MODULO DI REGISTRAZIONE PROGETTAZIONE E ACCREDITAMENTO EVENTO FORMATIVO*	T 02/PA 03 Rev. 03 del 05 09 2023 Pag. 6 di 8
---	---	---

SPECIFICHE EVENTO		
E' prevista la presenza di animatori di formazione nel corso dell'evento (sono Animatori di Formazione riconosciuti coloro che risultano nominati con specifica delibera del Direttore Generale)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Viene usata solo la lingua italiana?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
E' prevista la consegna di materiale didattico ai partecipanti ?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Documenti cartacei <input type="checkbox"/>		
Documenti on-line <input type="checkbox"/>		
Pubblicazioni scientifiche <input type="checkbox"/>		
CD <input type="checkbox"/>		
Viene verificata la presenza effettiva dei partecipanti/docenti alle sessioni?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

VERIFICHE PREVISTE PER L'EVENTO		
Solo per eventi di tipo D, esclusi Audit, Audit rischio clinico e M&M, è prevista la redazione di un documento conclusivo? (protocolli, procedure, linea guida, documento di registrazione, brochure informative)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
È prevista la partecipazione di un docente/tutor esperto esterno al gruppo di miglioramento che validi le attività del gruppo	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
I referenti del progetto dichiarano che:	<input type="checkbox"/> È prevista la compilazione, da parte dei partecipanti, di un questionario di gradimento (grado di soddisfazione evento e valutazione docenti)	
	<input type="checkbox"/> È prevista la redazione di una breve relazione sui risultati complessivi dell'evento?(raggiungimento obiettivi)	
Con quale strumento viene verificato l'apprendimento?	<input type="checkbox"/> Questionario	
	<input type="checkbox"/> Pre-test e Post-test	
	<input type="checkbox"/> Esame pratico	
	<input type="checkbox"/> Prova scritta	

DOCENTI DELL'EVENTO ¹					
<i>E' indispensabile compilare la seguente tabella tranne che negli eventi di tipo D (Riunione permanente di aggiornamento professionale/ gruppo di miglioramento/ comunità di apprendimento o di pratica Comitato aziendale permanente Commissione di studio)</i>					
DOCENTI DIPENDENTI AOUP (obbligatorio allegare CV se non presente su amministrazione trasparente)					
COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	PROFILO PROFESSIONALE	MATRICOLA	UO/SOD DIPARTIMENTO	TELEFONO E-MAIL
DOCENTI PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI (obbligatorio allegare i CV)					
COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	PROFILO PROFESSIONALE		ENTE DI APPARTENENZA	TELEFONO E-MAIL

¹ I docenti indicati non devono trovarsi in conflitto di interessi in relazione all'incarico in oggetto così come sarà successivamente dichiarato nel modulo T.07 "Conferimento incarico di docenza interna/esterna".

* Fatte salve le attività di ricerca per le quali è previsto apposito modulo T18/PA03.

Il presente modulo deve essere compilato e sottoscritto dal Referente Scientifico in stretta collaborazione con il Referente della Progettazione e/o dall'animatore di formazione, ed inviato in formato word ed in formato pdf firmato, all'indirizzo di posta elettronica eventiformazione@ao-pisa.toscana.it entro 30 giorni dalla data di inizio e 45 giorni in caso di presenza di docenti esterni al SSRT.

Az. Osp. – Univ. Pisana UO Politiche e Gestione delle Risorse Umane – Settore Formazione	MODULO DI REGISTRAZIONE PROGETTAZIONE E ACCREDITAMENTO EVENTO FORMATIVO*	T 02/PA 03 Rev. 03 del 05 09 2023 Pag. 7 di 8
---	---	---

DOCENTI LIBERI PROFESSIONISTI O DIPENDENTI DI STRUTTURE PRIVATE <i>(obbligatorio allegare i CV)</i>				
COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	PROFILO PROFESSIONALE	RAGIONE SOCIALE PARTITA IVA	TELEFONO E-MAIL
COSTI DOCENZA				
COSTI DIPENDENTI AOUNP				
SONO PREVISTI COSTI DOCENZA PER I DIPENDENTI AOUNP? <i>(Se si compilare la parte sottostante)</i>				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
NOMINATIVO	NUMERO ORE DOCENZA SVOLTE IN ORARIO DI LAVORO	NUMERO ORE DOCENZA SVOLTE FUORI ORARIO DI LAVORO	NUMERO ORE SVOLTE IN CODOCENZA	
La liquidazione delle ore di docenza sarà effettuata esclusivamente previa corretta e completa compilazione della sezione sottostante “Riepilogo costi ore docenza” e successiva presentazione del “Modulo Liquidazione docenze (T.10-T.11/P.A.03)” interamente compilato <i>(scaricabile dal sito web www.ospedaledipisa.it alla voce Formazione - Modulistica)</i> , entro e non oltre 15 giorni dal termine della docenza, pena mancato pagamento.				
COSTI DOCENTI ESTERNI				
SONO PREVISTI COSTI DOCENZA PER I DOCENTI ESTERNI? <i>(Se si informare i docenti esterni che verranno contattati dall'ufficio formazione per la definizione dell'incarico di docenza e per eventuali compensi e rimborsi spese).</i>				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
FINANZIAMENTO E QUOTA ISCRIZIONE				
PER LA REALIZZAZIONE DELL'EVENTO E' PREVISTO UN FINANZIAMENTO REGIONALE? <i>(Se sì, specificare l'ammontare della stessa: € _____)</i>				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
E' PREVISTO IL PAGAMENTO DI UNA QUOTA DI ISCRIZIONE? <i>(specificare l'ammontare della stessa: € _____)</i>				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

FIRME
REFERENTE SCIENTIFICO (nome, cognome, data e firma) _____
ANIMATORE DI FORMAZIONE (nome, cognome, data e firma) _____

IL PRESENTE PROGETTO DOVRÀ ESSERE INVIATO, IN FORMATO WORD E PDF,
ALMENO 30 GIORNI PRIMA DALLA DATA DI INIZIO DELL'EVENTO
(45 GIORNI IN CASO DI PRESENZA DI DOCENTI ESTERNI AL SSRT).
AL SEGUENTE INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA:

eventiformazione@ao-pisa.toscana.it

* Fatte salve le attività di ricerca per le quali è previsto apposito modulo T18/PA03.

Il presente modulo deve essere compilato e sottoscritto dal Referente Scientifico in stretta collaborazione con il Referente della Progettazione e/o dall'animatore di formazione, ed inviato in formato word ed in formato pdf firmato, all'indirizzo di posta elettronica eventiformazione@ao-pisa.toscana.it entro 30 giorni dalla data di inizio e 45 giorni in caso di presenza di docenti esterni al SSRT.

Az. Osp. – Univ. Pisana UO Politiche e Gestione delle Risorse Umane – Settore Formazione	MODULO DI REGISTRAZIONE PROGETTAZIONE E ACCREDITAMENTO EVENTO FORMATIVO*	T 02/PA 03 Rev. 03 del 05 09 2023 Pag. 8 di 8
---	---	---

SEZIONE DA COMPILARE A CURA DELLA UO POLITICHE E GESTIONE DELLE RISORSE UMANE				
PREVISIONE DI SPESA				
DIPENDENTI AOUP E DIPENDENTI ALTRE PA: RIEPILOGO COSTI ORE DOCENZA CON TARIFFARIO DA CCNL E DA DMS 01/02/2000				
NOMINATIVO	NUMERO ORE DOCENZA SVOLTE IN ORARIO DI LAVORO <i>(SOLO PER DIP. AOUP)</i>	NUMERO ORE DOCENZA SVOLTE FUORI ORARIO DI LAVORO	NUMERO ORE SVOLTE IN CODOCENZA	COSTO COMPLESSIVO DOCENZA
LIBERI PROFESSIONISTI: RIEPILOGO COSTI ORE DOCENZA CON TARIFFARIO DA DMS 01/02/2000				
NOMINATIVO	TARIFFA ORARIA	NUMERO ORE DOCENZA	COSTO COMPLESSIVO DOCENZA	
TIPOLOGIA DI COSTO PER DOCENZE			TOTALE ORE	COSTO
Docenza interna				
Docenza esterna				
Totale				
SPESE OSPITALITÀ PER DOCENTI ESTERNI				
VIAGGIO	VITTO	ALLOGGIO	COSTO TOTALE STIMATO	
<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No N° pasti	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No N° notti		
TIPOLOGIA DI COSTO <i>(catering e varie)</i>			<input type="checkbox"/> Sì / <input type="checkbox"/> No	PREVISIONE DI SPESA
Mensa aziendale			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Affitto aule			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Materiale didattico			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Noleggio ausili			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Altro (specificare)			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Totale				
RIEPILOGO PREVISIONI DI SPESA				
TOTALE PREVISIONE DI SPESA GENERALE			€	
SPECIFICARE LA FONTE DI FINANZIAMENTO DEL PROGETTO:			Aziendale €	_____
			Regionale €	_____
AMMONTARE DELLE QUOTE DI ISCRIZIONE SE PREVISTE			€	

APPROVAZIONE PROGETTO	
<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No (motivazione) _____	
DATA _____	FIRMA _____

* Fatte salve le attività di ricerca per le quali è previsto apposito modulo T18/PA03.

Il presente modulo deve essere compilato e sottoscritto dal Referente Scientifico in stretta collaborazione con il Referente della Progettazione e/o dall'animatore di formazione, ed inviato in formato word ed in formato pdf firmato, all'indirizzo di posta elettronica eventiformazione@ao-pisa.toscana.it entro 30 giorni dalla data di inizio e 45 giorni in caso di presenza di docenti esterni al SSRT.