|  |
| --- |
| **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 contenuti devono essere espressi nel dettaglio e coerenti con il programma dell’evento formativo.* |

|  |
| --- |
| **Sede di svolgimento del corso** |
| *La policy aziendale è quella di privilegiare l’utilizzo di sedi interne* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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) | 🞎 Sì | 🞎 No |
| L’evento è un percorso formativo di Area Vasta di cui l’Azienda è capofila? | 🞎 Sì | 🞎 No |
| L’evento è organizzato in collaborazione con altro soggetto?  Se Sì, indicare quale | 🞎 Sì | 🞎 No |

| **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)* |
| --- |
| **A** |
| 🞎 Corso 🞎 Corso con simulazione 🞎 Seminario 🞎 Giornata di studio 🞎Consensus Meeting ⁮ 🞎 Convegno 🞎 Congresso 🞎 Simposio 🞎 Conferenza 🞎 Seminario 🞎 Workshop 🞎 Corso all'interno di congresso o convegno |
| **B** |
| 🞎 Tirocinio, Stage 🞎 Comando tecnico – scientifico 🞎 Training On the Job (TOJ), Addestramento pratico 🞎 TOJ con Simulazione |
| **C** |
| 🞎 FAD con strumenti informatici/cartacei 🞎 E-learning (FAD) 🞎 FAD sincrona 🞎 FAD sincrona con Simulazione |
| **D** |
| 🞎 Riunione permanente di aggiornamento professionale/gruppo di miglioramento 🞎 Comunità di apprendimento o di pratica  🞎 Comitato aziendale permanente 🞎 Commissione di studio 🞎 PDTA integrati e multi professionali 🞎 Focus Group ⁮🞎 Audit  🞎 Audit rischio clinico 🞎 Mortality&Morbility (M&M)⁮🞎 Simulazione 🞎 Conferenze clinico-patologiche/assistenziali |
| **E** |
| 🞎 Blended (tipo A + tipo B)  Inserire ore modulo residenziale:  Inserire ore modulo Training individuale: |
| 🞎 Blended (tipo A + tipo C)  Inserire ore modulo residenziale:  Inserire ore modulo FAD:  Tipologia Modulo FAD:  🞎 FAD con strumenti informatici/cartacei 🞎E-learning(FAD) 🞎FAD sincrona |
| 🞎 Blended (tipo A + tipo D)  Inserire ore modulo residenziale:  Inserire ore modulo gruppo di miglioramento/formazione sul campo: |
| 🞎 Blended (tipo C + tipo D)  Tipologia Modulo FAD:  🞎 FAD con strumenti informatici/cartacei 🞎E-learning(FAD) 🞎 FAD sincrona 🞎 FAD sincrona con Simulazione  **Inserire ore modulo gruppo di miglioramento/formazione sul campo:** |
| 🞎 Blended (tipo C + tipo B)  Tipologia Modulo FAD:  🞎 FAD con strumenti informatici/cartacei 🞎E-learning(FAD) 🞎 FAD sincrona  **Inserire ore modulo Training individuale:** |
| Blended (tipo C + tipo C) Flipped Classroom  Inserire modulo Fad:  Tipologia Modulo FAD:  🞎 FAD con strumenti informatici/cartacei 🞎E-learning(FAD) 🞎 FAD sincrona  Tipologia Modulo FAD:  🞎 FAD con strumenti informatici/cartacei 🞎E-learning(FAD) 🞎 FAD sincrona |
| **F** |
| 🞎 Videoconferenza |

|  |
| --- |
| **Durata e Articolazione del Corso** |
| * **n° edizioni :** |
| * **n° giornate per edizione :** |
| * **durata complessiva in ore per singola edizione:**   *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, M&M e simulazione che possono essere di 4 ore)* |
| * **specificare data inizio e data fine delle singole edizioni : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Calendario e Orario - Programma dettagliato** | | | | | |
| **Data** | **Orario** | | **Argomento** | **Docente** | **Eventuale codocenza**  *(ossia presenza contestuale di più docenti )* |
| **dalle ore** | **alle ore** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Metodi d’Insegnamento** | **n° ore**  *(non sono ammesse frazioni di ora)* |
| 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, SOCIOSANITARI E SOCIO – ASSISTENZIALI * SICUREZZA E IGIENE ALIMENTARI, NUTRIZIONE E/O PATOLOGIE CORRELATE * SANITA' VETERINARIA. ATTIVITA' PRESSO GLI STABULARI. SANITÀ VEGETALE * FARMACOEPIDEMIOLOGIA, 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 * IMPLEMETAZIONE 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: SANITÀ 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) * 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** | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 psicomotricita' dell'eta' 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° | | |
| **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 | | 🞎Sì | 🞎No |
| Viene usata solo la lingua italiana? | | 🞎Sì | 🞎No |
| E' prevista la consegna di materiale didattico ai partecipanti ?  Documenti cartacei 🞎  Documenti on-line 🞎  Pubblicazioni scientifiche 🞎  CD 🞎 | | 🞎Sì | 🞎No |
| Viene verificata la presenza effettiva dei partecipanti/docenti alle sessioni? | | 🞎Sì | 🞎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) | | 🞎Sì | 🞎No |
| È prevista la partecipazione di un docente/tutor esperto esterno al gruppo di miglioramento che validi le attività del gruppo | | 🞎Sì | 🞎No |
| I referenti del progetto dichiarano che: | 🞎 È prevista la compilazione, da parte dei partecipanti, di un questionario di gradimento (grado di soddisfazione evento e valutazione docenti) | | |
| 🞎 È prevista la redazione di una breve relazione sui risultati complessivi dell’evento?(raggiungimento obiettivi) | | |
| Con quale strumento viene verificato l’apprendimento? | 🞎 Questionario | | |
| 🞎 Pre-test e Post-test | | |
| 🞎 Esame pratico | | |
| 🞎 Prova scritta | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Docenti dell’Evento[[1]](#footnote-1)**  *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)* | | | | | | | | | |
| **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** |
|  |  | |  | | |  | | |  |
|  |  | |  | | |  | | |  |
| **Docenti liberi professionisti o dipendenti di strutture private** *(obbligatorio allegare i CV)* | | | | | | | | | |
| **Cognome e nome** | **Codice Fiscale** | | **Profilo professionale** | | | **ragione sociale**  partita iva | | | **Telefono**  **e-mail** |
|  |  | |  | | |  | | |  |
|  |  | |  | | |  | | |  |
| **Costi docenza** | | | | | | | | | |
| **Costi Dipendenti Aoup** | | | | | | | | | |
| sono previsti costi docenza per i dipendenti aoup?*(Se si compilare la parte sottostante)* | | | | | | | | | 🞎Sì 🞎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 dellasezione sottostante “Riepilogo costi ore docenza” e successiva presentazione del “Modulo Liquidazione docenze (T.10-T.11/P.A.03)” interamente compilato *(scaricabile dal sito web www.ospedaledipisa.it alla voce Formazione - Modulistica),* entro e non oltre 15 giorni dal termine della docenza, pena mancato pagamento.** | | | | | | | | | |
| **Costi docenti esterni** | | | | | | | | | |
| sono previsti costi docenza per i docenti esterni?*(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).* | | | | | | | | 🞎Sì 🞎No | |
|  | |  | | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | | |  | |
| **finanziamento e quota iscrizione** | | | | | | | | | |
| per la realizzazione dell’evento e’ previsto un finanziamento regionale? *(Se sì, specificare l’ammontare della stessa: €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)* | | | | | | | | 🞎Sì 🞎No | |
| e’ previsto il pagamento di una quota di iscrizione? *(specificare l’ammontare della stessa: €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)* | | | | | | | | 🞎Sì 🞎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**](mailto:m.raffaelli@ao-pisa.toscana.it)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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**  ***(solo per dip. aoup)*** | | | **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** | | | | |
| 🞎Sì 🞎No | | 🞎Sì 🞎No  N° pasti \_\_\_ | | | 🞎Sì 🞎No  N° notti \_\_\_ | | | | | |  | | | | |
| **Tipologia di Costo** *(catering e varie)* | | | | | | | 🞎 Sì / 🞎 No | | | | | | **Previsione di Spesa** | | |
| Mensa aziendale | | | | | | | 🞎 Sì 🞎 No | | | | | |  | | |
| Affitto aule | | | | | | | 🞎 Sì 🞎 No | | | | | |  | | |
| Materiale didattico | | | | | | | 🞎 Sì 🞎 No | | | | | |  | | |
| Noleggio ausili | | | | | | | 🞎 Sì 🞎 No | | | | | |  | | |
| Altro (specificare) | | | | | | | 🞎 Sì 🞎 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** |
| 🞎 Sì 🞎 No (motivazione) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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”. [↑](#footnote-ref-1)