MODULO DI RILEVAZIONE FABBISOGNO FORMATIVO
ATTENZIONE: È NECESSARIO COMPILARE TUTTI I CAMPI PREVISTI. Moduli compilati in modo parziale non saranno ritenuti validi.

DIPARTIMENTO/SERVIZIO/DIREZIONE DI AFFERENZA	
SOC/SOSD/PTF PROPONENTE	
NOME COGNOME PROPONENTE (*Direttore/Responsabile della SOC/SOSD/PTF…*)	

CHIEDE L'INSERIMENTO NEL PIANO DELL'OFFERTA FORMATIVA (PFA)

☐ **di un corso nuovo** ☐ **di un corso già erogato in precedenza con codice _____**

TITOLO					
OBIETTIVI FORMATIVI E DESCRIZIONE DEI CONTENUTI					
RESPONSABILE SCIENTIFICO (massimo 3 nominativi)					
TIPOLOGIA	☐ RESIDENZIALE	☐ FSC MIGLIORAMENTO	☐ FSC TRAINING	☐ FAD	
N° edizioni richieste		**Durata di ogni edizione** (in ore)		**N° partecipanti per edizione**	
Professioni dei destinatari					
Qualifiche destinatari	☐ Comparto	☐ Dirigenza	☐ Comparto + Dirigenza		
È a disposizione della Struttura un'aula adeguata (aula dipartimentale, sala riunioni, ecc.)? ☐ **SÌ** ☐ **NO**					
Aperto agli esterni (extra ASUFC)? ☐ SÌ ☐ NO	**Periodo individuato per l'erogazione dell'attività (definizione necessaria per la pianificazione complessiva):** ☐ 1° trimestre (gen-mar) ☐ 2° trimestre (apr-giu) ☐ 3° trimestre (lug - sett) ☐ 4° trimestre (ott-dic)				
RESPONSABILE SCIENTIFICO (massimo 3 nominativi)					
Docenti/ tutor	**previsti (N°)** _____	☐ INTERNI	☐ SERVIZIO SAN. REGIONALE	☐ ESTERNI	

Il sottoscritto, nel proporre la presente iniziativa, assicura che la stessa sarà compatibile con le esigenze della Formazione Obbligatoria (BLSD, Sicurezza nei luoghi di lavoro, ecc.), delle iniziative aziendali (ICA, Fascicolo Sanitario Elettronico, Cartella Clinica Elettronica...), nonché con le Linee di Gestione del SSR, come da priorità indicate nella nota di avvio della raccolta del fabbisogno aziendale.

Firma digitale del Direttore di DPT/Servizio Professionale/ Direzione di cui fa parte la Struttura proponente