



<b>CdA</b>		<b>Data</b>	
<b>Presidente CdA</b>		<b>Firma</b>	
<b>Proponente</b>		<b>Firma</b>	
<b>Titolo Evento</b>			
<b>Responsabile Scientifico</b>			
<b>Recapito telefonico</b>		<b>E-mail</b>	
<b>Professionisti partecipanti</b>	<input type="checkbox"/> Solo professionisti della CdA		
	<input type="checkbox"/> Multidisciplinare ( <i>specificare quali professioni dell'Ordine sono interessate</i> )		
	<input type="checkbox"/> Tutte le professioni sanitarie (incluse le non afferenti all'Ordine TSRM e PSTRP)		
<b>Numero dei partecipanti</b>			
<b>Sede</b>			
<b>Accreditamento ECM</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		



<b>Obiettivi formativi dell'evento</b>	<input type="checkbox"/>	TECNICO PROFESSIONALE
	<input type="checkbox"/>	DI SISTEMA
	<input type="checkbox"/>	DI PROCESSO
	<input type="checkbox"/>	ALTRO ( <i>specificare</i> )
<b>Descrizione Obiettivo Formativo</b>		
<b>Tipologia Evento</b>	<input type="checkbox"/> Corso di aggiornamento/formazione <input type="checkbox"/> Congresso/Simposio/Conferenza/Seminario <input type="checkbox"/> Tavola Rotonda <input type="checkbox"/> Conferenza clinica volta alla presentazione e discussione epicritica interdisciplinare di specifici casi clinici <input type="checkbox"/> Consensus meeting interaziendale finalizzato alla revisione/standardizzazione di protocolli e procedure operative ed alla pianificazione e svolgimento di attività legate a progetti di ricerca <input type="checkbox"/> Corso pratico finalizzato allo sviluppo continuo professionale <input type="checkbox"/> Corso pratico per lo sviluppo di esperienze organizzativo-gestionale <input type="checkbox"/> ALTRO ( <i>specificare</i> )	



<b>Tipologia Formazione</b>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> FORMAZIONE RESIDENZIALE CLASSICA (RES- Residenziale)</li><li><input type="checkbox"/> VIDEOCONFERENZA (RES - Residenziale)</li><li><input type="checkbox"/> TRAINING INDIVIDUALIZZATO (FSC - Formazione sul campo)</li><li><input type="checkbox"/> GRUPPI DI MIGLIORAMENTO* (FSC - Formazione sul campo)</li><li><input type="checkbox"/> ATTIVITA' DI RICERCA (FSC - Formazione sul campo)</li><li><input type="checkbox"/> FAD CON STRUMENTI INFORMATICI / CARTACEI (FAD - Formazione a distanza)</li><li><input type="checkbox"/> E-LEARNING (FAD - Formazione a distanza)</li><li><input type="checkbox"/> FAD SINCRONA (FAD - Formazione a distanza)</li><li><input type="checkbox"/> FORMAZIONE BLENDED ( Formazione mista RES-FSC-FAD)</li><li><input type="checkbox"/> DOCENZA /TUTORING</li><li><input type="checkbox"/> ALTRO (specificare)</li></ul> <hr/> <p>–</p> <p><i>* Gruppi di miglioramento: gruppi di lavoro/studio/miglioramento, commissioni di studio, comunità di apprendimento o di pratica, Audit clinico e/o assistenziale, PDTA integrati e multiprofessionali</i></p>
<b>Periodo di svolgimento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 1° trimestre (01/01/202 _ -31/03/202 _ )</li><li><input type="checkbox"/> 2° trimestre (01/04/202 _ - 30/06/202 _ )</li><li><input type="checkbox"/> 3° trimestre (01/07/202 _ -30/09/202_ )</li><li><input type="checkbox"/> 4° trimestre (01/10/202 _ -31/12/202_ )</li><li><input type="checkbox"/> Si ha una data definitiva specificare:</li></ul> <p>Data Inizio _____ Data Fine _____</p>



<b>Rilevanza dei Docenti/Relatori</b>	<input type="checkbox"/> NAZIONALE	<input type="checkbox"/> INTERNAZIONALE		
<b>Quota di partecipazione</b>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI Se SI quanto: _____		
<b>Provenienza presunta dei partecipanti</b>	<input type="checkbox"/> LOCALE	<input type="checkbox"/> REGIONALE	<input type="checkbox"/> NAZIONALE	<input type="checkbox"/> INTERNAZIONALE
<b>L'Evento è sponsorizzato?</b>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Se SI indicare lo Sponsor: _____ —	
<b>Sono presenti altre forme di finanziamento?</b> (Es. Progetti di Ricerca/Progetti Regionali ecc.)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Se SI specificare: _____ —	
<b>L'Evento si avvale di Partners?</b>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Se SI indicare nome/nomi Partner ed eventuale costo partnership _____ —	
<b>E' previsto l'uso della sola lingua italiana?</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Se NO specificare la lingua _____ —	
<b>Provenienza presunta dei Relatori/Docenti</b>	<input type="checkbox"/> LOCALE	<input type="checkbox"/> REGIONALE	<input type="checkbox"/> NAZIONALE	<input type="checkbox"/> INTERNAZIONALE
<b>Costi di organizzazione</b>	SEGRETARIA	€		
	BENI E SERVIZI	€		
	COMPENSO RELATORI/DOCENTI	€		
	RIMBORSO SPESE	€		
	Altro (specificare)	€		



**Ordine**  
dei Tecnici sanitari di radiologia medica  
e delle professioni sanitarie tecniche,  
della riabilitazione e della prevenzione  
**Palermo**

**ALLEGATO 1 BIS "PROPOSTA PROGETTUALITÀ EVENTO"**

	<b>TOTALE COSTI EVENTO (compresa IVA)</b>	€

Approvato dalla Commissione di Albo nella riunione del \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del Presidente della CdA

\_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO AL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE TSRM E PSTRP DELLA PROVINCIA DI PALERMO**

Parere Tesoriere \_\_\_\_\_

Parere Delegato Formazione \_\_\_\_\_

Approvato con Verbale del Consiglio Direttivo dell'Ordine n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Delibera del Consiglio Direttivo dell'Ordine n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Firma del Presidente dell'Ordine

\_\_\_\_\_