

COMPETENZE  
proponente

## PROGETTAZIONE PER ATTIVITÀ ESTERNE ALL'ASL

| DATI DELLA STRUTTURA PROPONENTE |   |
|---------------------------------|---|
| MACROSTRUTTURA                  |   |
| STRUTTURA COMPLESSA             |   |
| STRUTTURA SEMPLICE              |   |
| UFFICIO/SERVIZIO                |   |
| DIRETTORE/DIRIGENTE             |   |
| AGENTE FORMAZIONE               |   |
| RIF. N. TEL.                    |   |
| ATTIVITA' FORMATIVA PROPOSTA    | PAF anno <input type="text"/> EXTRA PAF anno <input type="text"/> |

| TIPOLOGIA | FAD                      | FSC                      | RES                      | BLND                     |
|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

FAD (Formazione a distanza) FSC (Formazione sul campo) RES (Residenziale) BLND (Form. Mista)

| INFORMAZIONI CORSO | PERIODO | GG/ORE | LUOGO |
|--------------------|---------|--------|-------|
|                    |         |        |       |

|  |  |
|--|--|
| TITOLO CORSO   |  |
| <b>RAZIONALE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Descrivere dettagliatamente il fabbisogno formativo rilevato</li> <li>• Specificare come soddisfare tale fabbisogno</li> <li>• Indicare, in maniera esaustiva e completa, le <u>motivazioni</u> alla partecipazione al corso scelto</li> </ul> |  |

COMPETENZE  
proponente

|  |  |
|--|--|
| <p><b>OBIETTIVI</b></p> <p>Competenze che s'intendono acquisire</p>                                |  |
| <p><b>STRUMENTO</b></p> <p>questionario;<br/>prova pratica; esame orale, ecc</p>                   |  |
| <p><b>MONITORAGGIO VERIFICA</b></p> <p>verificare se c'è stato apprendimento e in quale misura</p> |  |

|  |  |
|--|--|
| <p><b>METODOLOGIA</b></p> <p>lezioni frontali, tavola rotonda; simulazione, giochi di ruolo, formazione e-learning; webinar...</p> |  |
|--|--|

|   |  |
|---|--|
| <p><b>DESTINATARI</b></p> <p>SOLO DIPENDENTI ASL<br/>qualifica, struttura e motivo della scelta</p> |  |
|---|--|

**PREDISPORRE FORMAZIONE A CASCATA per la disseminazione degli apprendimenti acquisiti**

SI

NO

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <p><b>MOTIVARE LA SCELTA*</b></p> |  |
|-----------------------------------|--|

\*in caso di risposta negativa

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <p><b>AZIENDA EROGATRICE</b></p> |  |
|----------------------------------|--|

COMPETENZE  
proponente

#### TIPO DI ORGANIZZAZIONE FORMATIVA

Partecipazione extra aziendale **Formazione obbligatoria** in orario di servizio ai sensi dell'art. 17 del Regolamento "La Formazione dei dipendenti della ASL di Taranto", approvato con Deliberazione del D.G. n. 487 del 2 marzo 2017)

Comando Finalizzato **Formazione obbligatoria** in orario di servizio ai sensi dell'art. 17 del Regolamento "La Formazione dei dipendenti della ASL di Taranto", approvato con Deliberazione del D.G. n. 487 del 2 marzo 2017)

#### Totale spesa presunta (Compilare le Tabelle in dettaglio allegate)

| TIPOLOGIA Fondo  | DESCRIZIONE<br><i>indicare codice budget + nome fondo</i> | € |
|--|---|---|
| <b>Formazione</b>  |   |   |
| <b>Regionali finalizzati</b>   |   |   |
| <b>Risorse CC.CC.NN.LL.</b><br><i>Dir. medica e veterinaria</i><br><i>Dir. sanitaria, profess. tecn. - amm.</i><br><i>Personale Comparto</i> |   |   |
| <b>Unione Europea</b>  |   |   |
| <b>Vincolato</b>   |   |   |

TOTALE €

#### PREVENTIVO SPESE PARTECIPAZIONE ESTERNA O IN COMANDO

| TIPOLOGIA   | DESCRIZIONE                                     | € |
|---|---|---|
| <u>quota d'iscrizione</u>   | <i>importo quota x numero partecipanti</i>      |   |
| <u>rimborso spese</u><br><u>viaggio/vitto/alloggio</u><br><u>partecipanti</u> | <i>(specificare dettagliatamente le spese)*</i> |   |

\* per le tariffe vedi punto 6 dell'art. 29 del regolamento della formazione  
(es: tariffa x n° tratte/n° pasti/n° pernotti x n° partecipanti)

TOTALE €

DATA

FIRMA

COMPETENZE  
proponente

ALLEGARE:

- Nota autorizzativa del Direttore di Struttura
- Materiale relativo all'evento

Si ricorda di inviare la modulistica completa a [formazione@asl.taranto.it](mailto:formazione@asl.taranto.it) 40 giorni prima dall'inizio dell'evento se esterno all'ASL poiché tale partecipazione deve ottenere parere favorevole dal Comitato Paritetico e validato dal Comitato Scientifico.