

S.S. FORMAZIONE

Responsabile del procedimento:

Referente per la pratica:

struttura: S.S. Formazione

telefono:

mail:

Spett.le

S E D E

Oggetto: Conferimento incarico di tutor/facilitatore corso dal titolo “ “ (codice corso)

In riferimento all'incarico di tutor/facilitatore come indicato dal Responsabile Scientifico dr. _____ nel corso “ _____ ”, si concorda che la realizzazione del progetto di formazione sul campo (addestramento/progetti di miglioramento e a ricerche) affidato richiede un impegno di tempo, da effettuarsi in orario di servizio, dal _____ al _____.

Il progetto prevede:

n° // _____ ore di tutoraggio per partecipante (addestramento)

n° // _____ incontri di ore // _____ ciascuno, come attività di facilitatore (progetti di miglioramento/ricerche)

Alla fine del corso l'attività di tutoraggio sarà sottoposta a verifica secondo le modalità previste.

Si ricorda che la S.V. è tenuta ad attenersi scrupolosamente al programma concordato, sia per quanto concerne i contenuti, sia per quanto riguarda l'orario e, dove prevista, la modalità di verifica dell'attività.

Si informa che la S.V., qualora nell'ultimo biennio abbia avuto rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario che possano pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti della sanità, è tenuta a dichiararlo compilando il modulo scaricabile dal sito intranet aziendale e a restituirlo allo scrivente preferibilmente entro 7 giorni dal ricevimento della presente e in ogni caso entro la data dell'evento.

Si prega di restituire allo scrivente Ufficio (anche via mail), debitamente compilata e firmata, prima possibile e comunque entro la data di inizio del corso l'accettazione dell'incarico (v. pagina seguente) e designazione incaricato del trattamento dei dati, precisando che il mancato ricevimento della documentazione richiesta comporterà l'impossibilità di svolgere l'attività di docenza

Certi di una proficua collaborazione, si inviano distinti saluti.

Il Responsabile S.S. Formazione

(_____)

Allegati:

- designazione incaricato del trattamento di dati

Azienda Sanitaria Friuli Occidentale
Prot.n. _____/SFORM
Data _____



via della Vecchia Ceramica, 1 – 33170 Pordenone (PN) – Italy
C.F. e P.I. 01772890933 PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it

Oggetto: Accettazione incarico di tutor/facilitatore corso dal titolo “ “ (codice corso)
Sig./dr. _____

DA RESTITUIRE ALLA S.S. FORMAZIONE

DA COMPILARE A CURA DEL DOCENTE:

In riferimento al presente incarico dichiaro quanto segue:

accetto l'incarico alle condizioni riportate nella presente lettera,

non accetto l'incarico per il seguente motivo: _____

DATA _____

FIRMA _____