

Asl Benevento

U.O. Formazione

Accreditamento corso E.C.M. Regione Campania

In questa pagina vengono messi a disposizione i nuovi moduli per l'Accreditamento ECM Regionale Provider n.°20.

Si ricorda che la realizzazione del progetto formativo aziendale e/o evento formativo è subordinata all'approvazione del relativo atto deliberativo o all'autorizzazione della Direzione Generale acquisita dal Responsabile scientifico dell'attività formativa proposta.

Ai fini dell'accREDITAMENTO ECM Regionale, previo incontro preliminare per la pianificazione dell'attività formativa tra i Responsabili (scientifico e organizzativo) del corso e il Responsabile dell'UOS Formazione/Delegato Provider Asl Benevento, il richiedente si impegna a fornire a codesto Servizio tassativamente 60 giorni prima dall'inizio dell'evento:

- Modulo richiesta accreditamento ECM Regionale (*Modello 01, per indicare l'obiettivo formativo richiesto consultare All. 01*)
- Dichiarazione sostitutiva Responsabile scientifico del corso (*Mod. 02*)
- Dichiarazione di assenza di conflitto d'interesse compilato da tutti i docenti (*Mod.03*)
- Dichiarazione pubblicazione dati personali (*Mod. 04*)
- **File in pdf** con il curriculum vitae firmato e in formato europeo del Responsabile Scientifico del corso
- Scheda progettuale corso ECM (*Mod. 05*) in formato word con la presentazione del corso e l'indicazione degli obiettivi generali e specifici di apprendimento, il programma dettagliato (*orario di ogni relazione, docente e sostituto*) e i curricula di tutti **i relatori con il codice fiscale** (*il curriculum dovrà essere breve e riguardante soprattutto l'attività degli ultimi 5 anni*)
- File in formato word con il questionario di apprendimento o altra prova e l'indicazione delle risposte esatte

Si intende che i file devono essere inviati dalla casella di posta elettronica del Responsabile Scientifico del corso a: formazione@pec.aslbenevento.it

Al termine del corso, per consentire l'inserimento del rapporto e il rilascio degli attestati con i crediti ECM, si impegna a consegnare a codesto Provider Asl Benevento **entro 30 giorni**:

- Elenco firme di presenza dei discenti *entrata/uscita, mattina/pomeriggio* (*Mod. 06*) e dei docenti (*Mod. 07*)
- Scheda valutazione ECM di tutti i partecipanti (*come da allegato*)
- Questionario di apprendimento (*Mod. 08*) o altra prova di tutti i partecipanti e relativa relazione sui risultati raggiunti
- Schede di iscrizione (*Mod. 09*)
- Dichiarazione sostitutiva procedure di fine corso (*Mod. 10*)

Nel caso dovessero mancare le firme o la scheda di iscrizione o il questionario di valutazione o quello di apprendimento non saranno rilasciati i crediti ECM al partecipante.

N.B. Il proponente dichiara di essere disponibile per tutto ciò che l'U.O. Formazione/Provider ECM riterrà necessario alla riuscita del corso, ivi compresa la presenza nelle varie fasi di realizzazione dello stesso.