**CODICE**

**TITOLO**

**DATA INIZIO/FINE EDIZIONE**

**N. TOTALE PARTECIPANTI ADDESTRATI**

**N. TOTALE TUTOR**

**N. PARTECIPANTI con obbligo crediti ECM**

**N. TUTOR con obbligo crediti ECM**

**N. PARTECIPANTI senza obbligo crediti ECM**

**N. TUTOR senza obbligo crediti ECM**

**RELAZIONE FINALE**

*Note di compilazione:*

*Addestramento: descrivere brevemente gli obiettivi raggiunti, tipologia verifica, criterio di superamento della prova finale (allegare le verifiche), situazioni di criticità.*

*Miglioramento: descrivere brevemente le attività svolte, risultati ottenuti, i miglioramenti e le situazioni di criticità.*

**RICADUTE FORMATIVE**

*(Che cosa è successo al termine del percorso formativo? Selezionare una opzione)*

* Acquisito Competenze
* PRODOTTO Documenti (Linee guida, Procedure, etc.)
* AVUTO Confronto su pratica clinica/ricerca
* Altro: ……

|  |  |
| --- | --- |
| ***Firma Responsabile Scientifico e***  ***Tutor che certifica la verifica***  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ***Firma Responsabile***  ***Centro Attività Formative***  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |