|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **ORDINE PROVINCIALE DI:** |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |

**RELAZIONE FINALE EVENTO**

Titolo dell'evento formativo:

Sede e data di svolgimento:

Responsabile scientifico (nome e cognome): Dott. / Dott.ssa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero totale dei partecipanti:

Partecipanti idonei all’attribuzione dei crediti (sul totale dei partecipanti:

Quale modalità di valutazione dell'apprendimento è stata utilizzata?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Prova orale |  | Prova pratica |  |
| Questionario |  | Altro (specificare) |  |
| Prova scritta |  |  |  |

Quale modalità di verifica presenza del partecipante è stata utilizzata?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Firma in ingresso |  | Firma in uscita |  |
| Scheda valutazione apprendimento firmata |  |  |  |

Descrizione dei criteri utilizzati per la valutazione dell'apprendimento:

(Es: raggiungimento del 75% delle risposte corrette sul totale delle domande - Significatività delle esposizioni rispetto al tema trattato in almeno 2 punti su 3)

Considerazioni sugli esiti della valutazione di apprendimento:

Valutazione complessiva della qualità della partecipazione all'iniziativa di formazione (motivazione, presenze, collaborazione dimostrata dai partecipanti, ecc..):

È stato carente e/o è mancato:

Tra gli aspetti positivi sottolineo:

Dichiarazione ai sensi dell’art. 78 dell’Accordo Stato-Regioni sul documento *“La Formazione Continua nel settore salute*” del 02 febbraio 2017 (*nel caso di eventi che hanno per oggetto l’utilizzo e/o l’insegnamento all’utilizzo di dispositivi sanitari e tecnologie digitali sanitarie*)

Si dichiara che l’evento NON SPONSORIZZATO ed ESENTE DA PUBBLICITA’ DI PRODOTTI DI INTERESSE SANITARIO, si è svolto secondo quanto previsto dall’art. 78 “***Utilizzo di dispositivi sanitari”***

Firma del Responsabile Scientifico

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_