

ALLEGATO N° 1

**Accordo relativo alla realizzazione di un
Progetto Formativo in modalità FAD**

Così come previsto dal **PROTOCOLLO DI INTESA** in materia, sottoscritto dalle Aziende Sanitarie Regionali della Federazione Sovrazonale Nord Est, il Servizio Formazione dell'Azienda Sanitaria _____ nel corso dell'incontro in data ____/____/____ ha proposto ai Servizi Formazione delle medesime Aziende la progettazione e realizzazione della seguente iniziativa formativa in modalità FAD, così descritta:

TITOLO: _____

DATA E PERIODO DI EROGAZIONE: _____

OBIETTIVI DELL'INIZIATIVA FORMATIVA:

DESTINATARI: ☐ Operatori di AA.SS.RR. appartenenti alla Federazione Sovrazonale Nord Est
☐ Operatori di AA.SS.RR. appartenenti alla Federazione Sovrazonale Nord
Est + Esterni

ACCREDITAMENTO E.C.M.: ☐ Previsto ☐ Non Previsto

QUALIFICHE PROFESSIONALI COINVOLTE: _____

Le Aziende che hanno aderito alla proposta e si impegnano a collaborare alla realizzazione del Progetto Formativo FAD sopra descritto attraverso la messa a disposizione degli Esperti di Contenuto, sono le seguenti:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

È stata individuata tra queste, quale Azienda Capofila, l'Azienda _____, alla quale compete il coordinamento dei lavori utili alla progettazione dell'iniziativa formativa nonché la gestione o il coordinamento di tutte le attività necessarie alla successiva realizzazione ed erogazione del percorso formativo (segreteria, accreditamento ECM, gestione piattaforma FAD, tutoraggio, ecc...).

L'Azienda Capofila ha definito e concordato con le Aziende partecipanti, il piano delle attività necessarie per giungere alla realizzazione del percorso formativo, di seguito descritto nelle sue parti più significative, relativamente a tempi, impegni e scadenze:

[Signature] *[Signature]* 1

L'accordo è stato definito per i seguenti contingenti minimi di personale seguito specificati, impegnando ciascuna Azienda partecipante al pagamento degli importi derivanti:

OPERATORI ASL FEDERAZIONE SOVRAZIONALE NORD EST

QUALIFICHE PROFESSIONALI	ASL DI RIFERIMENTO	Numero
Totale		

OPERATORI ESTERNI*

QUALIFICHE PROFESSIONALI	ENTI / STRUTTURE / SERVIZI	Numero

*Si intendono gli operatori eventualmente già individuati al momento del presente accordo.

L'azienda Capofila ha definito altresì le condizioni di acquisto dell'iniziativa formativa in questione in relazione alle situazioni di seguito considerate.

- a) Aziende della Federazione Sovrazonale Nord Est che hanno collaborato alla progettazione:
- b) Altre Aziende della Federazione Sovrazonale Nord Est:
- c) Altre realtà ESTERNE interessate:

Viene confermata, infine, la uguale suddivisione, tra le Aziende che hanno partecipato alla realizzazione del Progetto Formativo, dei ricavi derivanti dalla vendita dello stesso alle condizioni c) sopra esplicitate al netto di quanto si sarebbe ricavato vendendo l'iniziativa formativa agli importi previsti al punto b) e relativi alle Aziende della Federazione Sovrazonale Nord Est non partecipanti alla progettazione.

  4₂

Letto, approvato e sottoscritto:

RUOLO ORGANIZZATIVO	FIRMA	DATA
Direttore/Responsabile Servizio Formazione ASL CAPOFILA_____:		__/__/__
Direttore/Responsabile Servizio Formazione ASL _____:		__/__/__
Direttore/Responsabile Servizio Formazione ASL _____:		__/__/__
Direttore/Responsabile Servizio Formazione ASL _____:		__/__/__
Direttore/Responsabile Servizio Formazione ASL _____:		__/__/__

di

C

4