



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

ECM

Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM

- Regione:

- Referente Agenas: MARCO - MACCARI

1) ANAGRAFICA

1.1 - Nome*

Natalina

1.2 - Cognome*

Trotta

1.3 - Email*

natalia.trotta@defoe.it

1.4 - Tipologia utente*

PROVIDER E/O ASSOCIAZIONI DI PROVIDER

2) PROGRAMMA NAZIONALE ECM E PROCEDURA DI ACCREDITAMENTO

3) REQUISITI DI ACCREDITAMENTO MINIMI E STANDARD E ALLEGATO A - TABELLA SUI REQUISITI MINIMI E STANDARD

4) DISCIPLINA DEGLI EVENTI ECM

4.11 - Valutazione dell'apprendimento

Gentilissimi,

Non è chiaro se la sottoscrizione da parte del docente/tutor si riferisca a ciascun questionario cartaceo compilato e sottoscritto dal partecipante oppure all'esito della procedura di verifica. Ai fini di una più corretta interpretazione del punto si suggerisce di specificare il soggetto all'interno della frase subordinata.

5) ALLEGATO B. MODELLO DI SCHEDA DI QUALITA' PERCEPITA E ALLEGATO C. MODELLO DI ATTESTATO ECM

6) ALLEGATO D. MODALITA' DI CALCOLO DELLA DURATA DI UN CORSO FAD E ALLEGATO F. FORMAZIONE A DISTANZA

7) ALLEGATO E. FORMAZIONE SUL CAMPO



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

8) CONSENSO

8.1 - Consenso alla pubblicazione integrale e non anonima sul sito di AGENAS delle osservazioni e/o proposte formulate*

SI

8.1.1 - Nel caso di consenso parziale indicare le parti delle osservazioni e/o proposte che si richiede di non pubblicare*