



## Formazione Sul Campo

**Ragione Sociale:** AZIENDA USL LATINA

**Id Provider:** 29

**Evento n°** 2917

**Edizione n°** 4

**Si tratta di un Progetto Formativo Aziendale (PFA) ?** **SI**

**L'evento tratta argomenti inerenti l'alimentazione della prima infanzia?** **NO**

**Stato Evento:** **VALIDO**

- |   |  |
|---|--|
| <b>1 Titolo del programma formativo</b>                                     | CORRETTA GESTIONE E CONTROLLO DEI RIFIUTI SANITARI OSPEDALIERI E DELLE PULIZIE DEGLI AMBIENTI        |
| <b>2 Sede</b>   | ITALIA   |
| <b>2.1 Regione</b>  | LAZIO  |
| <b>2.2 Provincia</b>  | LATINA   |
| <b>2.3 Comune</b>   | FONDI  |
| <b>2.4 Indirizzo</b>  | VIA SAN MAGNO 5  |
| <b>2.5 Luogo Evento</b>   | AULA MAGNA OSPEDALE SAN GIOVANNI DI DIO  |
| <b>3 Periodo di svolgimento</b>   |  |
| <b>3.1 Anno del piano Formativo di riferimento</b>                          | 2019   |
| <b>3.2 Data inizio</b>  | 20/06/2019   |
| <b>3.3 Data fine</b>  | 20/06/2019   |
| <b>4 Durata effettiva dell'attività formativa (in ore non frazionabili)</b> | 9  |
| <b>5 Obiettivi dell'evento</b>  |  |
| <b>5.1 Obiettivo formativo</b>  | MANAGEMENT SANITARIO. INNOVAZIONE GESTIONALE E SPERIMENTAZIONE DI MODELLI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI |
| <b>5.2 Acquisizione competenze tecnico-professionali</b>                    | SICUREZZA AMBIENTALE E/O PATOLOGIE CORRELATE   |
| <b>5.3 Acquisizione competenze di processo</b>                              | SPERIMENTAZIONE DI MODELLI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI  |
| <b>5.4 Acquisizione competenze di sistema</b>                               | LINEE GUIDA - PROTOCOLLI - PROCEDURE   |
| <b>5.5 Livello di acquisizione</b>  | SVILUPPO / MIGLIORAMENTO   |
| <b>6 Programma dell'attività formativa</b>                                  | <a href="#">PROG_DOCENTI.pdf</a>   |
| <b>6.1 Docenti e moderatori</b>   |  |

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Ruolo
BARBONI	PATRIZIA	BRBPRZ60H49E472R	DOCENTE
BIAGGI	ROBERTA	BGGRR64A59D972R	DOCENTE
BORTONE	XENIO	BRTXNE63L09D662U	DOCENTE

CECCARELLI	ELEONORA	CCCCLN85E53E472X	DOCENTE
COLUZZI	GIOVANNA	CLZGNN57T67A707N	DOCENTE
DE SANTIS	GIANCARLA	DSNGCR66P66D708B	DOCENTE
MARCIANO	MASSIMO FABIO	MRCMSM62M26F205V	DOCENTE
PERCOCO	MARIA RITA	PRCMRT61L41L120Y	DOCENTE
REZZA	MONIA	RZZMNO79M47L719J	DOCENTE

**7 Crediti assegnati** 9

**8 Tipologia Evento** GRUPPI DI MIGLIORAMENTO

**8.1 Tipologia Gruppi di miglioramento** GRUPPI DI LAVORO/STUDIO/MIGLIORAMENTO

**8.2 Redazione di un documento conclusivo** No  
(ad es.: linee guida, procedure, protocolli, indicazioni operative)

**8.3 Partecipazione di un docente/tutor, esterno al 'Gruppo di miglioramento', che validi le attività del gruppo** No

**9 Responsabile Segreteria Organizzativa**

**9.1 Cognome** REZZA

**9.2 Nome** MONIA

**9.3 Codice Fiscale** RZZMNO79M47L719J

**9.4 Telefono** 07736553221

**9.5 Cellulare** 07736553221

**9.6 E-Mail** SEGRETERIA.PROFESSIONISANITARIE@AUSL.LATINA.IT

**10 Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo** Generale (Tutte le professioni)

**11 Responsabili Scientifici**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curriculum Vitae
BIAGGI	ROBERTA	BGRRRT64A59D972R	DIRIGENTE PROF. SANITARIE	<a href="#">CV BIAGGI.pdf</a>
MARCIANO	MASSIMO FABIO	MRCMSM62M26F205V	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	<a href="#">Curriculum Marciano dr. Massimo Fabio-1.pdf</a>

**12 Setting di apprendimento**

**12.1 Contesto di attività** Extra-operativo (Es: Gruppi di lavoro o di studio, Gruppi di Ricerca)

**12.2 Livello di attività** Di gruppo

**12.3 Tipologia di attività** Osservativa

**13 L'evento prevede integrazione con altre metodologie formative?** NO

**14 Rapporto tutor-discente**

**14.1 Tutor** 1

**14.2 Discenti** 5

**15 Quota di partecipazione?** 0,00  
(in euro)

**16 Numero partecipanti previsti** 30

**17 Verifica presenza dei partecipanti**

- FIRMA DI PRESENZA
- SISTEMA ELETTRONICO A BADGES

**18 Sistemi di valutazione delle attività**

**18.1 Soggetto valutatore** Valutazione da parte del responsabile del progetto

**18.2 Oggetto della valutazione** Competenza, capacità, abilità acquisita

### 18.3 Verifica Apprendimento Partecipanti

- QUESTIONARIO A RISPOSTA MULTIPLA

#### 19 Tipo materiale durevole rilasciato ai partecipanti (facoltativo)

#### 20 Sponsor

20.1 L'evento è sponsorizzato

NO

20.2 Sono presenti altre forme di finanziamento

NO

20.3 Autocertificazione assenza finanziamenti

[autocertificazione\\_finanziamento.pdf](#)

21 L'evento si avvale di partner?

NO

22 Dichiarazione Conflitto Interessi

[conflitto\\_interessi\\_evento.pdf](#)

23 Esiste una procedura di verifica della qualità percepita?

SI

24 Il provider dichiara di essere in possesso del consenso scritto alla pubblicazione dei dati personali dei soggetti inseriti nell'evento ECM ai sensi e per gli effetti del D. lgs. n. 196/2003 e successive modificazioni, oltre che del regolamento UE 679/2016

SI

Indietro

[Documenti](#)

[Normativa](#)

[Assistenza](#)

[Link utili](#)

Powered by [Age.Na.S.](#)

via Puglie, 23 - 00187 Roma - [LAZIO@PEC.AGENAS.IT](mailto:LAZIO@PEC.AGENAS.IT) - cod. fisc 97113690586

 **agenas.** AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI