

**MODELLO FAC-SIMILE DI DOMANDA PER LA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE AI FINI DELLA SELEZIONE DI PROFESSIONISTI ESPERTI NEL CAMPO DELLA FORMAZIONE DA INDIVIDUARE QUALI COMPONENTI DELL'OSSERVATORIO REGIONALE PER LA FORMAZIONE CONTINUA IN SANITA' (ORFC)**

Io sottoscritto/a

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

nata/o a (prov) \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ (prov \_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

chiedo di partecipare alla manifestazione di interesse per la selezione di esperti da individuare quali componenti dell'Osservatorio Regionale per la Formazione Continua in Sanità (ORFC) e sotto la mia responsabilità, consapevole delle conseguenze disposte dagli artt. 75 e 76 del decreto del Presidente della Repubblica n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, **dichiaro di possedere i seguenti requisiti generali e specifici**

**REQUISITI GENERALI**

- cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell'Unione europea \_\_\_\_\_
- titolo di studio \_\_\_\_\_
- godere dei diritti civili e politici
- non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale
- non trovarsi in situazioni di conflitto di interessi con la Regione Piemonte

**REQUISITI SPECIFICI documentati nel curriculum vitae (barrare le caselle corrispondenti)**

**Ruolo attualmente rivestito all'interno del Provider regionale ECM (pubblici o privati erogatori di prestazioni sanitarie e socio-assistenziali)**

Responsabile formazione [NO] [SI]

Referente formazione [NO] [SI]

Referente qualità e accreditamento [NO] [SI]

Progettista presente nell'organigramma del provider da almeno 3 anni [NO] [SI]

**Partecipazione ad almeno un corso regionale o nazionale inerente il ruolo rivestito nella formazione del provider ECM**

Corso regionale [NO] [SI] -> indicare titolo e anno

Corso nazionale [NO] [SI] -> indicare titolo e anno

**Collaborazione da almeno 3 anni alla redazione del Piano Formativo Aziendale** [NO] [SI]

**Competenze nella gestione di tutte le fasi dell'intero processo formativo (dalla raccolta del fabbisogno alla valutazione di impatto)** [NO] [SI]

**Competenze in ambito di sistemi della qualità della formazione** (ad esempio gestione di procedure legate alle fasi del processo formativo) [NO] [SI]

**Competenze nella costruzione di indicatori nei sistemi di qualità** [NO] [SI] -> specificare il contesto:

**Competenze ed esperienze nella raccolta, analisi e interpretazione dei dati** [NO] [SI] -> specificare il contesto:

◆ **Essere componente dell'Osservatorio da almeno tre anni continuativi alla data di approvazione del presente provvedimento e, a questa stessa data, non essere in stato di quiescenza da più di 3 anni;** [NO] [SI]

e

◆ **Ricoprire, o aver ricoperto, uno dei seguenti ruoli: Direttore/Responsabile della Formazione; Referente per la Formazione; Referente per la Qualità e per l'accreditamento; Progettista di formazione all'interno di un Provider regionale accreditato ECM, pubblico o privato erogatore di prestazioni sanitarie e socio-assistenziali.** [NO] [SI]

Data e Firma

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, ai fini della ricerca e della selezione del personale in oggetto.

Data e firma

Allego alla presente domanda:

- 1) Curriculum vitae datato e firmato digitalmente
- 2) Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità (solo se con firma autografa)