

 ACCREDITATA CON IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE	Direzione Sanitaria MODULO DI VALUTAZIONE CORSO ECM ESTERNO	Mod. 0112	Pag. 1 di 2
		Parola chiave: <i>corso esterno</i>	
		Rev. 00	del 24/02/2026

SEZIONE 1 – DATI GENERALI

Nome e Cognome: _____

Qualifica professionale: _____

U.O./Servizio di appartenenza: _____

Titolo del corso: _____

Provider ECM: _____

Data e sede del corso: _____

Numero crediti ECM: _____

SEZIONE 2 – COERENZA CON IL PROFILO PROFESSIONALE

Il corso è coerente con il mio ruolo?

- ☐ Molto coerente
- ☐ Abbastanza coerente
- ☐ Parzialmente coerente
- ☐ Non coerente

Motivazione: _____

SEZIONE 3 – APPLICABILITÀ NEL CONTESTO LAVORATIVO

I contenuti sono applicabili nel mio contesto operativo?

- ☐ Immediatamente applicabili
- ☐ Applicabili con adattamenti
- ☐ Applicabili solo parzialmente
- ☐ Non applicabili

Specificare quali contenuti possono essere applicati:

Sono necessarie modifiche organizzative?

- ☐ No
- ☐ Sì (specificare) _____

Sono necessari:

- ☐ Nuovi protocolli
- ☐ Aggiornamento procedure esistenti

	Direzione Sanitaria MODULO DI VALUTAZIONE CORSO ECM ESTERNO	Mod. 0112	Pag. 2 di 2
		Parola chiave:	<i>corso esterno</i>
		Rev. 00	del 24/02/2026

- ☐ Formazione interna
- ☐ Acquisto di strumenti/tecnologie

SEZIONE 5 – TRASFERIMENTO DELLE COMPETENZE

Propongo di condividere i contenuti tramite:

- ☐ Riunione di équipe
- ☐ Relazione scritta
- ☐ Formazione interna
- ☐ Altro _____

SEZIONE 6 – IMPATTO ATTESO

Il corso può contribuire a:

- ☐ Miglioramento qualità assistenziale
- ☐ Riduzione rischio clinico
- ☐ Miglioramento appropriatezza
- ☐ Ottimizzazione organizzativa
- ☐ Innovazione tecnologica
- ☐ Miglioramento relazione con il paziente

SEZIONE 7 – VALUTAZIONE DEL RESPONSABILE/REFERENTE FORMAZIONE

Coerenza con bisogni della struttura:

- ☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa

Azioni conseguenti:

- ☐ Nessuna
- ☐ Condivisione in équipe
- ☐ Revisione procedura
- ☐ Inserimento nel piano formativo

Note:

Data: _____

Firma Responsabile/Referente: _____

informazioni@ccbra.it	www.ccbra.it
Casa di Cura Privata “Città di Bra” Via Montenero 1 - 12042 Bra (Cn) Tel. 0172.472400 Fax 0172.44542 Documento di proprietà della Casa di Cura “Città di Bra” - Clinica Privata Accreditata. È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta.	