

REGIONE CAMPANIA

Direzione Generale per la Tutela della Salute

SOGGETTO ATTUATORE Dipartimento di Prevenzione /SIAN dell'ASL di :

Relazione finale attività

*Corso di formazione per il rilascio/rinnovo del Certificato di
abilitazione all'attività di consulente*

Suggerimenti per la stesura della relazione finale attività

La Relazione descrive l'andamento delle attività previste dalla convenzione, in particolare sviluppando i seguenti temi:

OSSERVAZIONI GENERALI: *è utile esprimere considerazioni complessive sulle attività svolte, in particolare evidenziando i punti di forza e di debolezza rilevati;*

OBIETTIVI DIDATTICI: *è opportuno descrivere in modo sintetico gli obiettivi delle attività realizzate, in particolare soffermandosi sulle competenze professionali che si è inteso migliorare negli allievi;*

RISULTATI RAGGIUNTI: *è importante individuare gli esiti delle attività, in termini di competenze acquisite dagli allievi, di partecipazione alle lezioni, di gradimento complessivo delle attività e, più in generale, di possibile impatto sul territorio di riferimento.*

VALUTAZIONE PARTECIPANTI: *è utile ai fini di programmazioni successive descrivere la composizione dei partecipanti (sesso, età, titolo di studio, professione, etc.), le sue aspettative, il suo comportamento in classe;*

VALUTAZIONE DOCENTI: *fondamentale è esprimere una valutazione complessiva sui docenti coinvolti nelle attività in termini di competenze, chiarezza espositiva, gestione dell'aula. Nella valutazione dei docenti è importante rilevare anche eventuali criticità in modo da fornire utili suggerimenti per l'individuazione di docenti per analoghe attività future.*



RISULTATI VALUTAZIONE E GRADIMENTO: *In base all'elaborazione dei dati emersi dagli strumenti di valutazione e gradimento utilizzati nelle attività realizzate, descrivere l'impatto che le attività hanno avuto sugli allievi in termini di competenze acquisite e il gradimento complessivo dei partecipanti*

ALTRO: *concludere con considerazioni aggiuntive non comprese nei temi in oggetto*

Il Responsabile del Corso/Tutor

Direzione Generale per la Tutela della Salute e il ccor.to del SSR

ELENCO CERTIFICATI DI ABILITAZIONE

SOGGETTO ATTUATORE _____

Codice corso_____

n°	Cognome	Nome	Sesso	Data di nascita	Codice fiscale	Indirizzo	Telefono	N. CERTIFICATO
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
...								
...								
...								
...								

Il Dirigente