



[Home Page Ecm](#) > [Cerca Eventi](#) > Formazione sul campo

## Formazione Sul Campo

**Ragione Sociale:** AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CALTANISSETTA

**Id Provider:** 274

**Evento n°** 7003

**Edizione n°** 1

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

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

**L'evento è stato correttamente rapportato ed i relativi crediti sono da ritenersi validi.**

<b>1 Titolo del programma formativo</b>	AUDIT INTERNI DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE VETERINARIO: ESAME E REVISIONE DELLE PROCEDURE RELATIVE AL BENESSERE ANIMALE
<b>2 Sede</b>	ITALIA
<b>2.1 Regione</b>	SICILIA
<b>2.2 Provincia</b>	CALTANISSETTA
<b>2.3 Comune</b>	CALTANISSETTA
<b>2.4 Indirizzo</b>	VIA G.CUSMANO 1 - CALTANISSETTA
<b>2.5 Luogo Evento</b>	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE VETERINARIO
<b>3 Periodo di svolgimento</b>	
<b>3.1 Anno del piano Formativo di riferimento</b>	2020
<b>3.2 Data inizio</b>	10/11/2020
<b>3.3 Data fine</b>	10/11/2020
<b>4 Durata effettiva dell'attività formativa (In ore non frazionabili)</b>	6
<b>5 Obiettivi dell'evento</b>	
<b>5.1 Obiettivo formativo</b>	24 - Sanità veterinaria. Attività presso gli stabulari. Sanità vegetale
<b>5.2 Acquisizione competenze tecnico-professionali</b>	AUDIT INTERNI DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE VETERINARIO ESAME E REVISIONE DELLE PROCEDURE RELATIVE AL BENESSERE ANIMALE
<b>5.3 Acquisizione competenze di processo</b>	AUDIT INTERNI DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE VETERINARIO ESAME E REVISIONE DELLE PROCEDURE RELATIVE AL BENESSERE ANIMALE
<b>5.4 Acquisizione competenze di sistema</b>	AUDIT INTERNI DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE VETERINARIO ESAME E REVISIONE DELLE PROCEDURE RELATIVE AL BENESSERE ANIMALE
<b>5.5 Livello di acquisizione</b>	SVILUPPO / MIGLIORAMENTO
<b>6 Programma dell'attività formativa</b>	<a href="#">corso riesame procedure I edizione.pdf</a>
<b>7 Crediti assegnati</b>	7,8
<b>8 Tipologia Evento</b>	GRUPPI DI MIGLIORAMENTO
<b>8.1 Tipologia Gruppi di miglioramento</b>	GRUPPI DI LAVORO/STUDIO/MIGLIORAMENTO

- 8.2 Redazione di un documento conclusivo**  
(ad es.: linee guida, procedure, protocolli, indicazioni operative) Si
- 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** POLIZZI
- 9.2 Nome** ANGELO
- 9.3 Codice Fiscale** PLZNGL62M07B429F
- 9.4 Telefono** 0934506043
- 9.5 Cellulare** 3204331864
- 9.6 E-Mail** FORMAZIONE@ASP.CL.IT
- 10 Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo** Settoriale

Professione	Discipline
VETERINARIO	IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE; IGIENE PROD., TRASF., COMMERCIAL., CONSERV. E TRAS. ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E DERIVATI; SANITÀ ANIMALE;

**11 Responsabili Scientifici**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curriculum Vitae
VULLO	FAUSTO	VLLFST60L20H792R	DIRIGENTE VETERINARIO - DIP. DI PREVENZIONE	<a href="#">CV VULLO FAUSTO.pdf</a>

**12 Setting di apprendimento**

- 12.1 Contesto di attività** Operativo (Es: Ospedaliero, Territoriale, etc)
- 12.2 Livello di attività** Di gruppo
- 12.3 Tipologia di attività** Esecutiva-Operativa

**13 L'evento prevede integrazione con altre metodologie formative?** NO**14 Rapporto tutor-discente**

- 14.1 Tutor** 1
- 14.2 Discenti** 3

**15 Quota di partecipazione?**  
(in euro) 0,00**16 Numero partecipanti previsti** 3**17 Verifica presenza dei partecipanti**

- FIRMA DI PRESENZA

**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**
- ESAME PRATICO

**19 Tipo materiale durevole rilasciato ai partecipanti**  
(facoltativo) SLIDES**20 Sponsor**

- 20.1 L'evento è sponsorizzato** NO
- 20.2 Sono presenti altre forme di finanziamento** NO

- |           |   |    |
|-----------|---|----|
| <b>21</b> | <b>L'evento si avvale di partner?</b>   | NO |
| <b>22</b> | <b>Esiste una procedura di verifica della qualità percepita?</b>  | SI |
| <b>24</b> | <b>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</b> | SI |

[Indietro](#)[Documenti](#)[Normativa](#)[Assistenza](#)[Link utili](#)Powered by [Age.Na.S.](#)

via Puglie, 23 - 00187 Roma - cod. fisc 97113690586

