**FORMAZIONE CONTINUA**

***Compilazione in IRIS a cura del Referente dipartimentale Terza missione***

**I campi con compilazione obbligatoria sono contrassegnati da \***

**dati generali**

**\***Tipo di corso:

□ Formazione continua;

□ Formazione continua in Medicina

**\***Titolo del corso erogato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\***Direttore del Corso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\***Data di inizio erogazione del corso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\***Anno solare di svolgimento del corso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data di fine erogazione del corso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\***Descrizione

**\***Corso a pagamento: □ SI; □ NO

**\***Corso svolto con oltre il 75% di ore a distanza (no MOOC): □ SI; □ NO

**\***Corso di aggiornamento per insegnanti di scuola: □ SI; □ NO

**\***Numero di CFP/CFU/ECM erogati dal corso e riconosciuti: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se Formazione Continua, inserire un valore in **ALMENO UNO** dei campi seguenti.
Se Formazione Continua in medicina inserire un valore per **OGNI** campo seguente.

* Numero di partecipanti Istituzioni Pubbliche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Numero di partecipanti Imprese: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Numero di partecipanti imprese del Terzo Settore: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SOGGETTI COINVOLTI**

**\***Docenti interni coinvolti nel corso (indicare Nome e Cognome)



Numero di docenti esterni coinvolti nel corso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dipartimenti coinvolti e relativo ruolo:

Dipartimento/i Coordinatore/i: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dipartimento/i Organizzatore: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dipartimento/i Partecipante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dipartimento/i con altro ruolo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Soggetti terzi coinvolti e relativo ruolo

Soggetto/i terzo/i Coordinatore: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Soggetto/i terzo/i Organizzatore: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Soggetto/i terzo/i Partecipante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Soggetto/i terzo/i con altro ruolo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Con il ruolo di Coordinatore è possibile indicare un solo Dipartimento/Soggetto terzo**

**DATI ECONOMICI**

Eventuale importo percepito per la convenzione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eventuali quote totali di iscrizione al corso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eventuali altre entrate: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Introiti complessivi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\***Quota percentuale degli introiti complessivi provenienti da finanziamenti pubblici europei (%): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\***Quota percentuale degli introiti complessivi provenienti da finanziamenti pubblici nazionali (%): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**È possibile inserire anche il valore 0 nei campi obbligatori**

**ALLEGATI da inviare AL REFERENTE DIPARTIMENTAL TERZA MISSIONE**

□ Delibera di attivazione corso

□ Convenzione

**Se si spunta una delle due caselle occorre allegare il file (max 30 MB)**