

UOC Sviluppo Organizzativo e del Capitale Umano

**Il dirigente della UOC Sviluppo Organizzativo e del Capitale Umano
in virtù della delega conferita con deliberazione N°232/2015
HA ASSUNTO LA PRESENTE DETERMINAZIONE**

N. 562 del 13/06/2022

OGGETTO: IMPEGNO DI SPESA DI EURO 75,00 QUALE SOMMA DA CORRISPONDERE ALLA DR.SSA S.S.(SFRSLV70H65H501L) IN RAGIONE DELL'INCARICO DOCENZA AFFIDATOGLI INERENTE AL "CORSO SULL'ASSESSMENT INFERMIERISTICO" CODICE DI ACCREDITAMENTO AGE.NA.S. 1270-354054 EDIZIONE 1 SVOLTOSI DAL 23 AL 24 MAGGIO 2022;

Esercizi/o 2022 - 502020302 Centri/o di costo -

- **Importo presente Atto: € 75,00**

- **Importo esercizio corrente: € 75,00**

Budget

- **Assegnato: € -**

- **Utilizzato: € -**

- **Residuo: € -**

Autorizzazione n°: 2022/144508.1596

Servizio Risorse Economiche: **Giovanna Evangelista**

UOC Sviluppo Organizzativo e del Capitale Umano Proposta n° DT-559-2022

L'estensore

Massimo Bisozzi

Il Responsabile del Procedimento

Tiziana Lavalle

**Il Dirigente della UOC Sviluppo Organizzativo e
del Capitale Umano**

Tiziana Lavalle

La presente determinazione si compone di n° 4 pagine e dei seguenti allegati che ne formano parte integrante e sostanziale:

- fogli firma
- Accettazione docenza
- Incarico docenza
- comunicazione
- Comunicazione incarico

Il Dirigente della UOC Sviluppo Organizzativo e del Capitale Umano

- Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;
- Visto il decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288;
- Vista la legge regionale 23 gennaio 2006, n. 2;
- Visto l’Atto Aziendale adottato con deliberazione n. 153 del 19.02.2019 e approvato dalla Regione Lazio con DCA n. U00248 del 2.07.2019, modificato e integrato con deliberazioni n. 1254 del 02.12.2020, n. 46 del 21/01/2021 e n. 380 del 25.03.2021, approvate dalla Direzione Salute ed Integrazione Sociosanitaria della Regione Lazio, con Determinazione n. G03488 del 30.03.2021;
- Premesso che nella giornata del 23/05/2022 si è svolto l’evento, programmato nel piano formativo aziendale (PFA 2022), proposto dai Responsabili Scientifici dr. Fabrizio Petrone, avente come titolo “Corso sull’Assessment Infermieristico” codice di accreditamento Age.na.s. 1270-354054 edizione 1;
- Premesso che è stato affidato, dal Responsabile Scientifico dell’evento, l’incarico di docenza alla dr.ssa Silvia Sferrazza (SFRSLV70H65H501L) per un intervento della durata di ore 3 di formazione per le quali è stato previsto un compenso di € 75,00;

- Considerato che la dr.ssa Silvia Sferazza accetta formalmente l'incarico didattico per il corso in questione dichiarando di altresì di essere dipendente del H San Giovanni di Roma e di aver comunicato al proprio ente l'incarico extra-istituzionale affidatogli;
- Accertato da parte dell'Ufficio Formazione il regolare svolgimento della docenza nella giornata e nell'orario programmato, come da allegato foglio firme relatori;
- Verificata la possibilità di far gravare la spesa di € 75,00 sul conto 502020302, esercizio 2021;
- Ritenuto pertanto opportuno di:
- Assumere l'impegno di spesa di € 75,00 quale somma da corrispondere alla dr.ssa Silvia Sferrazza (SFRSLV70H65H501L) in ragione dell'incarico docenza affidatogli inerente al "Corso sull'Assessment Infermieristico" codice di accreditamento Age.na.s. 1270-354054 edizione 1 svoltosi dal 23 al 24 maggio 2022;
 - Far gravare relativa spesa di € 75,00 sul conto n.502020302 bilancio 2022;
- Attestato che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi dell'art. 1 della legge 20/94 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della legge 241/90, come modificata dalla legge 15/2005.

Determina

Per i motivi di cui in narrativa che si intendono integralmente confermati di:

- Assumere l'impegno di spesa di € 75,00 quale somma da corrispondere alla dr.ssa Silvia Sferrazza (SFRSLV70H65H501L) in ragione dell'incarico docenza affidatogli inerente al "Corso sull'Assessment Infermieristico" codice di accreditamento Age.na.s. 1270-354054 edizione 1 svoltosi dal 23 al 24 maggio 2022;

- Far gravare relativa spesa di € 75,00 sul conto n.502020302 bilancio 2022;

La U.O.C. risorse economiche curerà gli adempimenti relativi al pagamento della somma di cui alla presente determinazione.

La UOC Sviluppo Organizzativo e del Capitale Umano curerà tutti gli adempimenti per l'esecuzione della presente determinazione.

Il Dirigente della UOC Sviluppo Organizzativo e del Capitale Umano

Tiziana Lavallo

Documento firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs 82/2005 s.m.i. e norme collegate

Modulo per incarichi liberalizzati, ex art.53, comma 6, D. Lgs. n. 165/2001

Alla UOC Politiche del Personale e Gestione
delle Risorse Umane
Sede

Il/La sottoscritto/a SILVIA STERAZZA
nato/a ROMA il 25.06.1970, dipendente di questa Azienda, con la qualifica di
CPD INTERFERE, in servizio presso la U.O.C di
DIPO Tel. int. _____

COMUNICA

ai sensi dell'art. 53, comma 6, D. Lgs. n. 165 del 30 marzo 2001 e s.m.i, nonché del Regolamento aziendale in materia, dell'art. 11, comma 8 lettera i), D.lgs. 150/2009 e s.m.i., della Legge n.662/1996 e dell'art. 60, DPR n. 3/1957, l'effettuazione del seguente incarico/attività appartenente alle seguenti tipologie: (barrare la voce di interesse)

- collaborazione a giornali, riviste, enciclopedie e simili;
- utilizzazione economica da parte dell'autore o inventore delle opere dell'ingegno e delle invenzioni industriali;
- partecipazione a convegni e similari (come Relatore, Moderatore, Discussant e similari);
- incarichi per i quali è corrisposto solo il rimborso delle spese documentate;
- incarichi per lo svolgimento dei quali il dipendente è posto in posizione di aspettativa, di comando o fuori ruolo;
- incarichi conferiti dalle organizzazioni sindacali a dipendenti presso le stesse distaccati o in aspettativa non retribuita;
- attività di formazione diretta ai dipendenti della pubblica amministrazione, nonché di docenza e di ricerca scientifica;
- attività svolte presso associazioni di volontariato, cooperativo o altri enti ed istituzioni senza scopo di lucro, purché rese a titolo gratuito;
- incarichi che per espressa disposizione normativa non sono soggetti ad autorizzazione.

(indicare l'oggetto dell'attività od incarico in modo sintetico ed esaustivo):

RELATORE all'evento formativo "CORSO SU L'ASSESSMENT INTERFERITICO"
(vedi lettera incarico allegata)

Indicazione (anche in via presuntiva) dell'impegno orario per lo svolgimento dell'incarico: 30 ore

Data Iniziale dell'incarico 23/05/2022 Data Finale dell'incarico 23/05/2022

Incarico retribuito: SI NO

Dati del soggetto conferente/committente:

Denominazione UOC DITRAR OSPEDALE IFO

Sede Legale: Via/Piazza FERICO OGNI BENE n. 23 CAPODOLCI Città ROMA Prov. RM

Ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni // La sottoscritto/a consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base di dichiarazione non veritiera (art.75, stesso DPR),

DICHIARA

- che l'incarico/attività non rientra tra i propri compiti istituzionali, anche in relazione alla struttura di appartenenza;
- che non sussistono motivi di incompatibilità e di conflitto di interesse, anche potenziale, che pregiudichino l'esercizio imparziale delle proprie funzioni istituzionali, secondo quanto previsto dalla vigente normativa e dal regolamento aziendale in materia;
- che l'incarico/attività verrà svolto senza utilizzare beni, mezzi, né attrezzature dell'Azienda Osped.ra;
- che sarà assicurato, in ogni caso, il tempestivo, puntuale e corretto svolgimento dei compiti d'ufficio;
- che l'incarico / attività avrà carattere saltuario ed occasionale;
- che l'incarico / attività verrà effettuato (**barrare la voce di interesse**) :

in orario extra - lavorativo (in giorni e ore liberi dal lavoro); oppure, occasionalmente,

in orario lavorativo, previo assenso del Responsabile del Servizio (* vedi nota a fondo pagina successiva) mediante fruizione del seguente istituto contrattuale (**barrare la voce di interesse****):

permesso a recupero ore mese corrente

DREC011H (codice NOI PA);

permesso a recupero ore mesi precedenti

DREC031H;

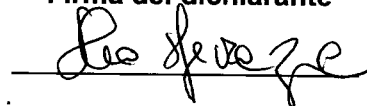
ferie/Congedo Ordinario

DFER051G, o similari

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Roma, 23/03/2022

Firma del dichiarante



Nulla osta del Responsabile del Servizio (*) vedi nota a fondo pagina

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000 la presente è inoltrata: (**barrare la voce di interesse**)

via fax o mezzo posta, all'Ufficio Protocollo Gen.le (Fax: 06/77053253, oppure posta elettronica:

protocollo@hsangiovanni.roma.it), allegando copia del documento di riconoscimento;

con strumenti telematici se sottoscritta mediante firma digitale o con l'uso della carta d'identità elettronica;

la firma del dichiarante viene apposta in presenza del dipendente addetto alla ricezione senza autenticazione della sottoscrizione.

Roma, _____

Firma apposta in mia presenza
L'impiegato addetto alla ricezione

(*) Il nulla osta deve essere apposto dal Direttore/Responsabile della U.O.C. D.A.I. (in caso di personale infermieristico ed ostetrico) ovvero, per tutto il restante personale, dal Direttore/Responsabile della Unità Operativa di appartenenza del dipendente interessato o comunque, in caso di Dirigente di Unità Operativa Semplice o Complessa dal proprio diretto superiore gerarchico (a seconda dei casi, Direttore di U.O.C., Direttore di Dipartimento ovvero Direttore Sanitario o Amministrativo).

(**) Qualora l'interessato intenda fruire di Aggiornamento Professionale, dovrà utilizzare l'apposita modulistica pubblicata nel website aziendale - Intranet - sezione 'Rilevazione Presenze.'

115 - UOC Sviluppo Organizzativo e del Capitale Umano

Settore Formazione

M- FOR 02 Incarico per eventi formativi

Alla C. A.

Dott.ssa SILVIA SFERRAZZA

Indirizzo VIA CIASONE n°12

Oggetto: Incarico per evento formativo in qualità di Relatore

Gent.mo/a Dott./ssa,

con la presente chiedo alla S.V. la disponibilità a partecipare all'evento formativo seguente:

TITOLO "CORSO SULL'ASSESSMENT INFERMIERISTICO"

Previsto presso il **Centro Formazione "R. Bastianelli" IFO via Fermo Ognibene,23 Roma**

dal 23 al 24 Maggio2022

organizzato per la **UOC DITRAR**

L'evento formativo è accreditato ECM.

Per il Suo intervento, della durata di **3 ore**, è previsto un compenso di **€ 25,82/ora** fuori orario di lavoro

Il Suo contributo didattico è necessario per poter **MIGLIORARE LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE**, pertanto diventa essenziale per l'impatto atteso della formazione.

Nel ringraziarLa, si allega il modulo di accettazione da rinviare per attivare i successivi procedimenti.

In attesa di poterLa incontrare, Le porgo cordiali saluti.

Data 16/03/2022

Firma del Responsabile Scientifico dell'evento

Dr. Fabrizio Petrone

Modulo per incarichi liberalizzati, ex art.53, comma 6, D. Lgs. n. 165/2001

Alla UOC Politiche del Personale e Gestione
delle Risorse Umane
Sede

Il/La sottoscritto/a SILVIA STERAZZA
nato/a ROMA il 25.06.1970, dipendente di questa Azienda, con la qualifica di
CPD INTERFERERE, in servizio presso la U.O.C di
DIPO Tel. int. _____

COMUNICA

ai sensi dell'art. 53, comma 6, D. Lgs. n. 165 del 30 marzo 2001 e s.m.i, nonché del Regolamento aziendale in materia, dell'art. 11, comma 8 lettera i), D.lgs. 150/2009 e s.m.i., della Legge n.662/1996 e dell'art. 60, DPR n. 3/1957, l'effettuazione del seguente incarico/attività appartenente alle seguenti tipologie: (barrare la voce di interesse)

- collaborazione a giornali, riviste, enciclopedie e simili;
- utilizzazione economica da parte dell'autore o inventore delle opere dell'ingegno e delle invenzioni industriali;
- partecipazione a convegni e similari (come Relatore, Moderatore, Discussant e similari);
- incarichi per i quali è corrisposto solo il rimborso delle spese documentate;
- incarichi per lo svolgimento dei quali il dipendente è posto in posizione di aspettativa, di comando o fuori ruolo;
- incarichi conferiti dalle organizzazioni sindacali a dipendenti presso le stesse distaccati o in aspettativa non retribuita;
- attività di formazione diretta ai dipendenti della pubblica amministrazione, nonché di docenza e di ricerca scientifica;
- attività svolte presso associazioni di volontariato, cooperativo o altri enti ed istituzioni senza scopo di lucro, purché rese a titolo gratuito;
- incarichi che per espressa disposizione normativa non sono soggetti ad autorizzazione.

(indicare l'oggetto dell'attività od incarico in modo sintetico ed esaustivo):

RELATORE all'evento formativo "CORSO SU L'ASSESSMENT INTERFERENTE"
(vedi lettera incarico allegata)

Indicazione (anche in via presuntiva) dell'impegno orario per lo svolgimento dell'incarico: 30 ore

Data Iniziale dell'incarico 23/05/2022 Data Finale dell'incarico 23/05/2022

Incarico retribuito: SI NO

Dati del soggetto conferente/committente:

Denominazione UOC DITRAR OSPEDALE IFO

Sede Legale: Via/Piazza FERICO OGNI BENE n. 23 CAPOLICCI Città ROMA Prov. RM

Ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni // La sottoscritto/a consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base di dichiarazione non veritiera (art.75, stesso DPR),

DICHIARA

- che l'incarico/attività non rientra tra i propri compiti istituzionali, anche in relazione alla struttura di appartenenza;
- che non sussistono motivi di incompatibilità e di conflitto di interesse, anche potenziale, che pregiudichino l'esercizio imparziale delle proprie funzioni istituzionali, secondo quanto previsto dalla vigente normativa e dal regolamento aziendale in materia;
- che l'incarico/attività verrà svolto senza utilizzare beni, mezzi, né attrezzature dell'Azienda Osped.ra;
- che sarà assicurato, in ogni caso, il tempestivo, puntuale e corretto svolgimento dei compiti d'ufficio;
- che l'incarico / attività avrà carattere saltuario ed occasionale;
- che l'incarico / attività verrà effettuato (**barrare la voce di interesse**) :

in orario extra - lavorativo (in giorni e ore liberi dal lavoro); oppure, occasionalmente,

in orario lavorativo, previo assenso del Responsabile del Servizio (* vedi nota a fondo pagina successiva) mediante fruizione del seguente istituto contrattuale (**barrare la voce di interesse****):

permesso a recupero ore mese corrente

DREC011H (codice NOI PA);

permesso a recupero ore mesi precedenti

DREC031H;

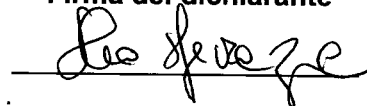
ferie/Congedo Ordinario

DFER051G, o similari

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Roma, 23/03/2022

Firma del dichiarante



Nulla osta del Responsabile del Servizio (*) vedi nota a fondo pagina

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000 la presente è inoltrata: (**barrare la voce di interesse**)

via fax o mezzo posta, all'Ufficio Protocollo Gen.le (Fax: 06/77053253, oppure posta elettronica:

protocollo@hsangiovanni.roma.it), allegando copia del documento di riconoscimento;

con strumenti telematici se sottoscritta mediante firma digitale o con l'uso della carta d'identità elettronica;

la firma del dichiarante viene apposta in presenza del dipendente addetto alla ricezione senza autenticazione della sottoscrizione.

Roma, _____

Firma apposta in mia presenza
L'impiegato addetto alla ricezione

(*) Il nulla osta deve essere apposto dal Direttore/Responsabile della U.O.C. D.A.I. (in caso di personale infermieristico ed ostetrico) ovvero, per tutto il restante personale, dal Direttore/Responsabile della Unità Operativa di appartenenza del dipendente interessato o comunque, in caso di Dirigente di Unità Operativa Semplice o Complessa dal proprio diretto superiore gerarchico (a seconda dei casi, Direttore di U.O.C., Direttore di Dipartimento ovvero Direttore Sanitario o Amministrativo).

(**) Qualora l'interessato intenda fruire di Aggiornamento Professionale, dovrà utilizzare l'apposita modulistica pubblicata nel website aziendale - Intranet - sezione 'Rilevazione Presenze.'

115 - UOC Sviluppo Organizzativo e del Capitale Umano

Settore Formazione

M- FOR 02 Incarico per eventi formativi

Alla C. A.

Dott.ssa SILVIA SFERRAZZA

Indirizzo VIA CIASONE n°12

Oggetto: Incarico per evento formativo in qualità di Relatore

Gent.mo/a Dott./ssa,

con la presente chiedo alla S.V. la disponibilità a partecipare all'evento formativo seguente:

TITOLO "CORSO SULL'ASSESSMENT INFERMIERISTICO"

Previsto presso il **Centro Formazione "R. Bastianelli" IFO via Fermo Ognibene,23 Roma**

dal 23 al 24 Maggio2022

organizzato per la **UOC DITRAR**

L'evento formativo è accreditato ECM.

Per il Suo intervento, della durata di **3 ore**, è previsto un compenso di **€ 25,82/ora** fuori orario di lavoro

Il Suo contributo didattico è necessario per poter **MIGLIORARE LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE**, pertanto diventa essenziale per l'impatto atteso della formazione.

Nel ringraziarLa, si allega il modulo di accettazione da rinviare per attivare i successivi procedimenti.

In attesa di poterLa incontrare, Le porgo cordiali saluti.

Data 16/03/2022

Firma del Responsabile Scientifico dell'evento

Dr. Fabrizio Petrone

115 - UOC Sviluppo Organizzativo e del Capitale Umano

Settore Formazione

M-FOR 02 Incarico per eventi formativi

Alla C. A.

Dott.ssa SILVIA SFERRAZZA

Indirizzo VIA GIASONE n°12

Oggetto: Incarico per evento formativo in qualità di Relatore

Gent.mo/a Dott./ssa,

con la presente chiedo alla S.V. la disponibilità a partecipare all'evento formativo seguente:

TITOLO "CORSO SULL'ASSESSMENT INFERMIERISTICO"

Previsto presso il **Centro Formazione "R. Bastianelli" IFO via Fermo Ognibene,23 Roma**

dal 23 al 24 Maggio2022

organizzato per la **UOC DITRAR**

L'evento formativo è accreditato ECM.

Per il Suo intervento, della durata di **3 ore**, è previsto un compenso di **€ 25,82/ora** fuori orario di lavoro

Il Suo contributo didattico è necessario per poter MIGLIORARE LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE, pertanto diventa essenziale per l'impatto atteso della formazione.

Nel ringraziarLa, si allega il modulo di accettazione da rinviare per attivare i successivi procedimenti.

In attesa di poterLa incontrare, Le porgo cordiali saluti.

Data 16/03/2022

Firma del Responsabile Scientifico dell'evento

Dr. Fabrizio Petrone

IFO - Istituti Fisioterapici Ospitalieri
U.O.C. DITRAR
Il Direttore
Dr. Fabrizio Petrone

115-UOC Sviluppo Organizzativo e del Capitale Umano
Settore Formazione

M-FOR 19 ACCETTAZIONE INCARICO DIDATTICO

Al Responsabile della UO Formazione

Il sottoscritto SFERRAZZA Silvia Nato a ROMA il 25.06.1970
Codice Fiscale SFRSLU70H65HSOL Residente a ROMA
Via/Piazza GIASONE N. 12 cap 00133 tel. n. _____ cell. n. 392 6473746
e-mail silvia.sterrazza215@gmail.com

Iscritto Albo Ordine N. Iscrizione 17369 Provincia ROMA

titolare di Partita IVA individuale (persona fisica) _____

Persona Giuridica denominazione _____

Sede Legale _____ Partita IVA _____

DICHIARA di accettare l'incarico didattico per:

CORSO SULL'ASSESSMENT INFERMIERISTICO

Durata dal 23 al 24/05/2022 Periodo

Rinuncia al compenso previsto

in ottemperanza del Codice Etico della UO Formazione, di non essere coniuge, il convivente, il parente e l'affine, del Responsabile della UO Formazione o di un componente della Direzione Strategica o delle Direzioni Scientifiche o delle Direzioni Dipartimentali interessate all'evento formativo.

- Titolo di studio: LAUREA TRIENNALE
(indicare il più elevato. Es. laurea, scuola di specializzazione, dottorato di ricerca, ecc)

- Descrizione titolo di studio: SCIENZE INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE (es: scienze giuridiche, economia aziendale, ecc.)

- Cittadinanza: _____ (e per i soli cittadini extracomunitari)

- Data richiesta permesso di soggiorno: _____ - Scadenza permesso di soggiorno: _____

- Motivo permesso di soggiorno: _____
(sono considerati solo permessi di soggiorno rilasciati per la causale lavoro)

Il sottoscritto esprime il consenso al trattamento, alla comunicazione e alla diffusione in Italia e all'estero dei propri dati personali da degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri, ai sensi di quanto previsto dal Regolamento UE 679/2016 e successive integrazioni.

Allega:

- curriculum vitae et studiorum in formato europeo
- per i soli cittadini extracomunitari copia del permesso di soggiorno.

Luogo e data Roma

Firma

Sferrazza

115- UOC Sviluppo Organizzativo e del Capitale Umano
Settore Formazione

M-FOR.13 FIRME RELATORI

Titolo del corso: **CORSO SULL'ASSESSMENT INFERMIERISTICO**
Id. **354054** - Edizione: **1**
Date di svolgimento: dal **23-05-2022** al **24-05-2022**

*Il relatore dichiara di aver preso visione della delibera 182 del 05.03.2019
Per i docenti dipendenti di pubblica amministrazione, il pagamento sarà effettuato previa presentazione dell'autorizzazione della struttura di appartenenza.*

COGNOME NOME RELATORE/SOSTITUTO	Orario inizio	Orario fine	Orario servizio	Fuori Servizio	Co.co.co	ESTERNO IFO	FIRMA (leggibile)
23-05-2022 PETTRONE FABRIZIO Introduzione del corso	08:45	09:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23-05-2022 SCERBO FRANCESCO Processo di nursing - Concetti metodologici e descrizione delle fasi	09:00	10:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23-05-2022 SFERRAZZA SILVIA Processo di nursing - Concetti metodologici e descrizione delle fasi	09:00	10:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<i>Sua Spole</i>
23-05-2022 SFERRAZZA SILVIA EBN e EBP e strumenti metodologici (gerarchia delle evidenze). L'assessment del paziente : le scale di valutazione e la loro validità. Revisione della letteratura	10:00	12:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<i>Boa Firenze</i>
23-05-2022 DI SIMONE EMANUELE EBN e EBP e strumenti metodologici (gerarchia delle evidenze). L'assessment del paziente : le scale di valutazione e la loro validità. Revisione della letteratura	10:00	12:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

REV. 9 DATA 30.06.21

TITOLO DOC
Firme relatori

CODICE DOC
M.FOR-13