

MODELLO 1

Ipotesi dell'attività di Formazione CDA

(Da inviare a blengio.c@ordineprofessionisanitariecuneo.org)

| | | |
|----|--|--|
| 1 | Titolo | |
| 2 | Tipologia di formazione | Residenziale, FSC,..... SPECIFICARE SE CORSO CON ALTRE CDA PIEMONTE E CHI SARA' IL CAPOFILA |
| 3 | Data o periodo del Corso | |
| 4 | Luogo | |
| 5 | Destinatari dell'evento | Professioni e numero previsto |
| 6 | Scaletta con titoli relazioni | |
| 7 | Nomi relatori/moderatori (probabili) | |
| 8 | Nominativo del RESPONSABILE SCIENTIFICO | |
| 9 | Sponsor (*relativamente alla sola presenza) <input type="checkbox"/> previsti <input type="checkbox"/> non previsti | Nomi degli sponsor |
| 10 | Costi previsti | Vedi allegato 4 |