**CODICE IRCCRO**

**TITOLO EVENTO:**

**RELAZIONE FINALE**

***(****descrivere brevemente le attività svolte, risultati ottenuti, i miglioramenti e le situazioni di criticità.)*

**I verbali delle riunioni e il materiale prodotto durante l’attività formativa sono trattenuti presso la Struttura Operativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

**(NON ALLEGARLI)**

**RICADUTE FORMATIVE**

*(Che cosa è successo al termine del percorso formativo? Selezionare una opzione)*

* Acquisito Conoscenze
* PRODOTTO Documenti (Linee guida, Procedure, etc.)
* AVUTO Confronto su pratica clinica/ricerca
* Altro: ……

|  |  |
| --- | --- |
| **Firma Responsabile Scientifico e** **Tutor che certifica la verifica** | **Firma Responsabile CAF****Dott.ssa B. Canal** |