**CARTA INTESTATA DEL DIPARTIMENTO/SEDE**

**Luogo Data:**

**RELAZIONE FINALE DEL CORSO**

**TITOLO: ……………………………………………………………………………………………………………..**

**PERIODO/LUOGO DI SVOLGIMENTO…………………………………………………………………..**

**RESPONSABILE SCIENTIFICO………………………………………………………………………………..**

**RELAZIONE: (TESTO)**

**DOCENTI EFFETTIVAMENTE INTERVENUTI - INDICARE PER CIASCUNO SE SI TRATTA DI PROFESSIONISTA SANITARIO/TIPOLOGIA/SE DESTINATARIO DI CREDITI ECM (se si sono verificati scostamenti rispetto al programma spiegare qui quali sono stati e il perchè)**

**NUMERO DEI PARTECIPANTI:**

**OBIETTIVI RAGGIUNTI:**

**COMMENTO DELLE CUSTOMER SATISFACTION AL TERMINE DELL’EVENTO: (EVENTUALE PERCEZIONE DI INTERESSI COMMERCIALI)**

**QUESTIONARIO DI APPRENDIMENTO: (CRITERI UTILIZZATI – LA CONOSCENZA DIRETTA AI PARTECIPANTI DEI CRITERI –**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del Responsabile scientifico**