**FORMULARIO ATTIVITA’ DI STUDIO PER L’IMPLEMENTAZIONE**

**DI BUONE PRATICHE (NAZIONALI ED EUROPEE)**

|  |  |
| --- | --- |
| **ENTE PROPONENTE** |  |
| **REGIONI/PP.AA./AZIENDE SANITARIE PARTNER** |  |
| **NOME DELLA BUONA PRATICA** |  |
| **ENTI/ORGANIZZAZIONI QUALIFICATI/E TITOLARI DELLA BUONA PRATICA**  **(nome e breve descrizione)** |  |
| **BREVE DESCRIZIONE DELLA BUONA PRATICA (ambito, beneficiari, esiti tangibili/elementi qualificabili di impatto)** |  |
| **INDICAZIONE DI PIANI E PROGETTI REGIONALI CON I QUALI LA PROPOSTA SI INTEGRA** |  |
| **MODALITA’ DI REALIZZAZIONE DELLO STUDIO** |  |
| **FASE 1: descrivere modalità di analisi (visita studio e/o formazione)** |  |
| **FASE 2: descrivere modalità di realizzazione dello studio di fattibilità indicando il prodotto finale** |  |
| **CRONOGRAMMA DELLE ATTIVITA’**  **(indicare inizio e fine)** |  |
| **BUDGET (indicare le voci di spesa e ciascun costo previsto)** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Data e firma del proponente | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
| Data e firma del referente ProMIS e/o dal Direttore regionale, se diverso dal proponente | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |