



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

2. L. D. P.

## SCHEDA DI PRESENTAZIONE

Il Responsabile \_\_\_\_\_

Azienda/Struttura \_\_\_\_\_

attesta

che il/la \_\_\_\_\_  
candidato/a alla selezione per la partecipazione al "Percorso formativo per  
Facilitatori/Valutatori per l'accreditamento", possiede le seguenti caratteristiche:

### LEADERSHIP

1.1. Autonomia nel prendere decisioni	1	2	3	4	5
1.2. Consapevolezza del proprio ruolo	1	2	3	4	5
1.3. Capacità di sviluppo di rapporti collaborativi	1	2	3	4	5

### RELAZIONI E COMUNICAZIONE

2.1. Disponibilità all'ascolto	1	2	3	4	5
2.2. Capacità di gestione dei conflitti	1	2	3	4	5
2.3. Capacità di riconoscere e rielaborare le proposte di un gruppo di lavoro	1	2	3	4	5

### ATTITUDINE AL PROBLEM SOLVING

3.1 Capacità di sviluppare idee in funzione della loro applicazione	1	2	3	4	5
3.2. Capacità di motivare le decisioni ed esplicitarne le concrete applicazioni	1	2	3	4	5
3.3. Capacità di attivare strategie adeguate al raggiungimento degli obiettivi	1	2	3	4	5

### DISPONIBILITÀ AL CAMBIAMENTO

4.1. Flessibilità nella gestione dei problemi organizzativi	1	2	3	4	5
4.2. Disponibilità all'applicazione di nuove idee	1	2	3	4	5
4.3. Capacità di attivare e promuovere processi innovativi	1	2	3	4	5

Il Direttore Generale/Rappresentante legale

Il Responsabile





REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato n. 4 alla Delib.G.R. n. 52/11 del 10.12.2013

SCHEDA CURRICULARE

NOME ..... COGNOME .....

DATA DI NASCITA ..... LUOGO DI NASCITA.....

RESIDENTE IN VIA .....CITTA' .....CAP .....

TEL .....CELL..... FAX .....

E-MAIL .....

ENTE/AZIENDA .....

PROFILO PROFESSIONALE .....

TITOLO DI STUDIO CONSEGUITO .....

Presso ..... anno .....

- Partecipazione a corsi/seminari sulle metodologie della qualità si  no   
 se si, indicare il titolo, l'ente erogatore, la tipologia (corso di  
 formazione, seminario, stage intensivo...), la durata, l'anno  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

- Partecipazione a corsi/seminari su autorizzazione,accreditamento,certificazione ISO si  no   
 se si, indicare il titolo, l'ente erogatore, la tipologia (corso di  
 formazione, seminario, stage intensivo...), la durata, l'anno  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

- Partecipazione a corsi/seminari su management sanitario si  no   
 se si, indicare il titolo, l'ente erogatore, la tipologia (corso di  
 formazione, seminario, stage intensivo...), la durata, l'anno  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

- Partecipazione a corsi/seminari sulla comunicazione si  no   
 se si, indicare il titolo, l'ente erogatore, la tipologia (corso di  
 formazione, seminario, stage intensivo...), la durata, l'anno  
 .....  
 .....  
 .....



.....

- Partecipazione a corsi/seminari sulla gestione dei gruppi si  no

se si, indicare il titolo, l'ente erogatore, la tipologia (corso di formazione, seminario, stage intensivo...), la durata, l'anno

.....

.....

.....

.....

.....

- svolge attività presso un Ufficio Qualità si  no

- svolge attività a contatto con l'utenza esterna si  no

- nella sua attività regolare, gestisce riunioni con operatori si  no

- nella sua attività regolare, gestisce riunioni con utenti esterni si  no

- nella sua attività regolare, ha contatto con utenza interna (interfacce con i servizi) si  no

- nella sua attività regolare, svolge attività di coordinamento di personale si  no

- nella sua attività regolare, coordina gruppi di lavoro si  no

- ha svolto attività di formatore all'interno dell'Azienda si  no

se si, indicare il titolo dell'evento formativo, la tipologia (corso di formazione, seminario, stage intensivo...), la durata, l'anno

.....

.....

.....

- ha collaborato alla progettazione di percorsi di miglioramento della qualità si  no

.....

.....

.....

.....

.....

FIRMA DEL DISCENTE

Data,.....