

MODELLO DI RICHIESTA DI ATTIVITÀ FORMATIVA
(da inviare al Comitato Regionale FIJLKAM competente)

DATI DEL SOGGETTO RICHIEDENTE

Denominazione dell'Ente / Struttura:

.....

Tipologia:

☐ Azienda Sanitaria / ASL

☐ Ospedale

☐ Struttura privata accreditata

☐ Altro (specificare):

Indirizzo completo:

.....

Referente della richiesta:

Nome e Cognome:

Ruolo/Funzione:

Contatti:

Telefono:

Email istituzionale:

EVENTUALE SOGGETTO INTERMEDIARIO / PROMOTORE DELL'ATTIVITÀ
(da compilare solo se diverso dal soggetto richiedente)

Denominazione del soggetto intermediario / promotore:

.....

Tipologia:

☐ Ente pubblico

☐ Associazione / Fondazione

☐ Società / Cooperativa

☐ Ordine / Collegio professionale

☐ Altro (specificare):

Ruolo nell'iniziativa:

☐ Promotore dell'attività

☐ Intermediario organizzativo

☐ Partner istituzionale

☐ Altro (specificare):

Referente:

Nome e Cognome:

Ruolo/Funzione:

Contatti:

Telefono:

Email:

OGGETTO DELLA RICHIESTA

Richiesta di attivazione di **attività formativa FIJLKAM** in materia di **prevenzione e gestione delle aggressioni agli operatori sanitari**.

DESCRIZIONE DEL CONTESTO

Descrivere brevemente:

- il contesto operativo della struttura
- le criticità riscontrate
- le motivazioni della richiesta

.....
.....
.....

DESTINATARI DELLA FORMAZIONE**Figure professionali coinvolte:**☐ Medici☐ Infermieri☐ OSS☐ Personale amministrativo☐ Altro:**Numero indicativo di partecipanti:**

OBIETTIVI FORMATIVI ATTESI☐ Prevenzione e riduzione del rischio☐ De-escalation e gestione delle situazioni critiche☐ Tutela dell'operatore sanitario☐ Consapevolezza normativa e comportamentale☐ Altro:

MODALITÀ E TEMPI PREFERENZIALI**Periodo indicativo di svolgimento:**

.....

Sede della formazione:☐ Presso la struttura richiedente☐ Presso altra sede (specificare):

DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO RICHIEDENTE

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che:

- la richiesta sarà valutata dal **Comitato Regionale FIJLKAM** competente;
- l'eventuale soggetto intermediario/promotore **non assume ruoli decisionali** sui contenuti formativi;
- l'attività sarà organizzata esclusivamente secondo le **Linee Guida FIJLKAM** e il **Regolamento Operativo**;
- FIJLKAM mantiene piena titolarità metodologica, formativa e organizzativa.

Luogo e data:

Firma del Referente del soggetto richiedente:

.....

Firma del Referente del soggetto intermediario/promotore (se presente):

.....

Timbro/i (se previsti)

.....

MODALITÀ DI INVIO

La presente richiesta deve essere trasmessa al

Comitato Regionale FIJLKAM territorialmente competente
tramite canali ufficiali (email / protocollo).

Documento redatto dal Gruppo di lavoro sanità

Rev. 0 del 16.02.2026

Il presente documento è di proprietà della Federazione Italiana di Judo, Lotta, Karate e Arti Marziali (FIJLKAM) e non può essere riprodotto o divulgato a terzi senza autorizzazione scritta della stessa.

Il presente documento può subire modifiche e/o aggiornamenti; è pertanto importante che gli utenti si accertino di essere in possesso della versione aggiornata.