

**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
