**OPI Provinciale di ………………………………………………..…………………………………………….**

**Presidente:**

**Cognome ……………………………………….…………. Nome………………..…………..……………….**

1. **Nella tua provincia esistono Centri/UO di Formazione che utilizzano la metodologia della simulazione?**

**□** SI **□** NO

Se SI, Quanti sono?

n……………

**- Quali sono? (nome Azienda/Ente)**

1. ……………………………………….
2. ……………………………………………….
3. ……………………………………………….
4. **Nella tua Provincia esistono Centri dedicati alla formazione simulazione?**

**□** SI **□** NO

Se SI, Quanti sono?

1. ……
2. **Quali sono? (nome Azienda/Ente e indirizzo mail se ne sei in possesso)**

a) Azienda ………………………………………. Indirizzo/mail …………………..

b) Azienda ………………………………………. Indirizzo/mail …………………..

c) Azienda ………………………………………. Indirizzo/mail …………………..

1. **Se ci sono, vengono utilizzati per la formazione degli studenti infermieri?**

**□** SI………………………….. **□** NO

1. **A chi è affidata la responsabilità del/dei Centro/i?**

**□** Medico **□** Infermiere **□** Altro……………………..

1. **Esistono posizioni di responsabilità affidate ad infermieri?**

**□** SI **□** NO

Se SI, quali? …………………………………...…………………………………………………………... ………………………………………………………………………………..

1. **Nominativo di uno o più colleghi infermieri individuato/i quale/i referente/i provinciali per la formazione in simulazione**
* Nome……………………………………..…. Cognome …………….………………………………… e-mail……………………………
* Nome……………………………….…..…… Cognome ………………..…………………………….. e-mail……………………………

(**N.B.** Si prega di far firmare al Collega individuato l’allegato consenso al trattamento dei dati)

Grazie per la collaborazione.