|  |
| --- |
| **Formular aplikimi për akreditim** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Titulli i aktivitetit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Data e dorëzimit të formularit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nr. i dosjes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Plotësohet vetëm nga QKEV** |

1. **Informacion i përgjithshëm**

|  |
| --- |
| * 1. **Emri i ofruesit (organizatë/institucion): 1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Titullari i organizatës/institucionit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****NIPT-i i Organizatës/institucionit:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Personi i kontaktit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Tel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |
| --- |
|  |
| **1.2 Lloji i aktivitetit** (zgjidh një prej llojeve të mëposhtme)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Konferencë  |  | Trajnim |  |
| Seminar |  | Trajnim në vendin e punës |  |
| Uorkshop |  | Trajnim për trajnerët |  |
| LeksionTjetër \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |

 |

|  |
| --- |
| **1.3 Titulli i aktivitetit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |
| --- |
| **1.4 Fusha që mbulon aktiviteti:**Specialitet mjekësor Jo specialitet[[1]](#footnote-2) |

|  |
| --- |
| **1.5 Data e zhvillimit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kohëzgjatja në ditë \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Vendi ku zhvillohet \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numri i pjesëmarrësve \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |

|  |
| --- |
| * 1. **Kohëzgjatja në orë efektive[[2]](#footnote-3) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(max. 6 ore efektive ne dite)**
 |

1. **Informacion mbi aktivitetin**

|  |
| --- |
| **2.1 Çfarë medotash janë përdorur për vlerësimin e nevojave të profesionistëve për këtë**  **aktivitet:**  **Përshkruani shkurtimisht rezultatet e vlerësimit të nevojave të kryer nga ju:** |

|  |
| --- |
| **2.2 Përshkruani shkurtimisht qëllimin e aktivitetit:** |

|  |
| --- |
| **2.3 Përmendni objektivat e aktivitetit duke përshkruar çfarë pritet të ketë mësuar pjesëmarrësi pas aktivitetit.** **Objektiva të lidhur me njohuritë e profesionistëve:****Objektiva të lidhur me aftësitë e profesionistëve:** **Objektiva të lidhur me qëndrimet e profesionistëve:**  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2.4 Të dhëna mbi trajnerët/lektorët** (Ju lutem bashkangjitini formularit CV-të e nevojshme)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Emër Mbiemër**  | **Specialiteti**  | **Pozicioni**  |
| **1.****2.****3.****4.** |  |  |

 |

|  |
| --- |
| **2.5 Kategoria kryesore e profesionistëve pjesëmarrës në aktivitet, për të cilët është përgatitur aktiviteti** (zgjidh më shumë se një)**Mjek** specifiko specialitetin \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Infermier****Menaxher/drejtor** **Dentist****Farmacist** **Tjetër** specifiko **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** + 1. **A zhvillohet aktiviteti vetëm per stafin e organizatës/institucionit që e ofron atë?:**

 **Po Jo** |

|  |
| --- |
| **Si do të vlerësohet procesi i organizimit të aktivitetit nga pjesëmarrësit?** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Cfarë forme do të përdorni për vlerësimin e organizimit të aktivitetit nga pjesëmarrësit?**  **1. Formular vlerësimi?**  **2. Intervista me pjesmarrësit?** Bashkangjiteni një kopje të formularit të vlerësimit me formularin e aplikimit. |

|  |
| --- |
| **2.7 A do të vlerësohet procesi i të mësuarit te pjesëmarrësit? Po  Jo** **Nëse po, me çfarë mjeti?** pyetësor provim me gojëprovim praktikprovim me shkrim**A jeni të gatshëm të dorëzoni në përfundim të aktivitetit një raport të shkurtër të këtyre rezultateve? Po  Jo** Bashkangjiteni një kopje të formularit të vlerësimit me formularin e aplikimit. |

|  |
| --- |
| **2.8 A do të dokumentohet pjesëmarrja e plotë e pjesëmarrësve?**  **Po  Jo** **A jeni të gatshëm të dorëzoni në përfundim të aktivitetit listën e pjesëmarrësve?**  **Po  Jo**  |

|  |
| --- |
| **2.9 Nëse është parashikuar përdorimi i një gjuhe të huaj, përkthimi do të jetë:** **a) simultan?, apo**  **b) i njëpasnjëshëm ?**  |

|  |
| --- |
| **2.10 Cilat janë metodat pedagogjike që do të përdoren?** (zgjidh më shumë se një)leksion diskutim demonstrim teknikdiskutim rasti luajtje rolipunë në grupe tjetër \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Programin e detajuar të aktivitetit bashkangjitjani formularit të aplikimit  |

|  |
| --- |
| **2.11 Cilat janë materialet didaktike që do të përdoren në këtë aktivitet:** kurrikula/material referenceprezantimet e lektorëve materiale mbështetëse për pjesëmarrësitmateriale promovuesetjetër \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Materialet didaktike bashkangjitjani formularit të aplikimit |

 **3. Informacion mbi financimin e aktivitetit**

|  |
| --- |
| **3.1 A do të paguajnë profesionistët për ndjekjen e aktivitetit: Po  Jo**  |

|  |
| --- |
| **3.2 Aktiviteti financohet nga:**Buxheti i Ministrisë së Shëndetësisë Institucion tjetër shtetëror \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sponsor tregtar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Kuotat e regjistrimit/ndjekjes së aktivitetitVetë organizataTjetër \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **A është një ose më shumë nga burimet financuese palë interesi komercial?**  **Po  Jo** Për të deklaruar konfliktin e interesit, përdorni formularin që gjeni në ***Aneksin 1***.  |

**\***QKEV ka të drejtën e publikimit të informacionit në lidhje me këtë aktivitet.

\*QKEV ruan të drejtën e monitorimit gjatë zhvillimit të aktivitetit.

**\*** Programi i akreditituar nga QKEV duhet të përfshijë shënimin e mëposhtëm:

**“ Ky aktivitet është akredituar nga Qendra Kombëtare e Edukimit në Vazhdim dhe i njihen x kredite”.**

Bashkë me formularin e aplikimit mos harroni të dorëzoni dhe:

CV-të e lektorëve/trajnerëve të përfshirë në aktivitet ose në përgatitjen e kurrikulave të tij;

kopjen e pyetësorit të vlerësimit të organizimit të aktivitetit (nëse do të ketë vlerësim të tillë);

kopjen e pyetësorit të vlerësimit të procesit të të mësuarit tek pjesëmarrësit në aktivitet (nëse do të ketë vlerësim të tillë);

kopjen e programit të detajuar të aktivitetit;

të gjitha materialet didaktike që do të përdoren për aktivitetin, si: kurrikula, materiale reference, prezantime dhe materiale mbështetëse për pjesëmarrësit;

kopjen e firmosur nga personi i kontaktit të deklaratës mbi konfliktin e interesit (nëse ka konflikt interesi).

Për më shumë informacion rreth kërkesës të aplikimit për akreditim të aktiviteteve të edukimit në vazhdim, referojuni botimit të QKEV-së **“Udhëzues për vlerësimin e brendshëm të aktiviteteve të edukimit në vazhdim për profesionistët e shëndetësisë”**.

**ANEKSI I**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DEKLARATE MBI KONFLIKTIN E INTERESIT[[3]](#endnote-2)**

Emri: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pozicioni: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titulli i aktivitetit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data e aktivitetit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ju lutem plotësoni tabelën e mëposhtme sipas kolonave përkatëse:

1. Listo emrat e entiteteve që ofrojnë produkte ose shërbime shëndetësore (pala e interesit komercial) me përjashtimin e organizatave jofitimprurëse ose qeveritare si dhe kompanive që nuk zhvillojnë aktivitetin e tyre në sektorin shëndetësor, me te cilët keni pasur marrëdhënie financiare gjatë 12 muajve të kaluar, ose vazhdoni të ruani këto marrëdhënie. Gjithashtu, duhet të deklaroni dhe marrëdhëniet financiare të partnerit tuaj për të cilat ju jeni në dijeni.
2. Paraqit atë çfarë ju ose partneri juaj përfitoni (paga, honorare etj).
3. Përshkruani rolin tuaj ose të partnerit.

|  |  |
| --- | --- |
|  **A. Pala e interesit komercial** | **Lloji i marrëdhënieve financiare** |
| B. Cilat janë përfitimet? | C. Çfarë roli? |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Shembuj** |
| **Cilat janë përfitimet**: Paga, privilegje,e drejta e autorit, honorare, pagesë konsulenti, përfitime personale (rezerva, fonde te shumëllojshme të përbashkëta), ose përfitime të tjera personale. | **Roli-(et):** punësim, pozicion menaxhues, kontraktues i pavarur (duke përfshirë edhe punë kërkimore), konsultime, leksione, mësimdhënie, pjesëmarrje në komitete këshilluese ose panele rishqyrtuese, anëtarësi në bord dhe aktivitete të tjera (ju lutem specifikoni). |

Në mungesë të lidhjeve financiare për t’u deklaruar, ju lutem shkruani më poshtë:

**“Nuk kam asnjë lidhje financiare me ndonjë palë të interesit komercial”**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unë deklaroj se informacioni i mësipërm është i saktë dhe i vërtetë, dhe roli im në këtë aktivitet do të bazohet në të dhënat më të mira shkencore dhe të pavarura nga ndikimi i interesit komercial.

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data e dorëzimit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. I referohet temave të tilla si etika, edukimi shëndetësor, menaxhim shendetesor, informatika ne shendetesi, etj. [↑](#footnote-ref-2)
2. Orët reale të aktivitetit pa përfshirë kohën e regjistrimit, përshëndetjet, pushimet. [↑](#footnote-ref-3)
3. Ofruesi duhet të disponojë kopje të deklaratës mbi konfliktin e interesit, të cilën duhet ta firmosin të gjithë personat e përfshirë në planifikimin ose organizimin e aktivitetit, pasi janë informuar mbi kriteret mbi konfliktin komercial të botuara në Udhëzuesin “Procedurat dhe kriteret e sistemit të akreditimit”. [↑](#endnote-ref-2)