**Ciclo di formazione SSS: rapporto finale e raccomandazione all’attenzione della SEFRI**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dati sul ciclo di formazione SSS** | |
| Numero della procedura di riconoscimento |  |
| Ciclo di formazione: denominazione conformemente all’allegato al programma quadro d’insegnamento (PQI) |  |
| PQI: denominazione + data di approvazione |  |
| Ciclo di formazione di riferimento: denominazione, data di inizio e di fine |  |
| Data della decisione d’avvio |  |
| Forma dell’offerta: a tempo pieno o parallela all’attività lavorativa |  |
| Numero minimo di ore di studio: 3600 o 5400 |  |
| Data della domanda (parere del Cantone) |  |
| Riconoscimento secondo il diritto previgente: sì o no? |  |
| Riconoscimento retroattivo: sì o no? |  |
| Riunione d’avvio (data, se già svolta) |  |
|  |  |
| **Dati sull’operatore della formazione** | |
| Denominazione operatore della formazione |  |
| Indirizzo |  |
| Sede/Sedi |  |
| Cantone principale |  |
| Persona di contatto |  |
| Telefono |  |
| E-mail |  |
| Sito |  |
| Altri cicli di formazione SSS della stessa scuola specializzata superiore |  |
| SPD SSS della stessa scuola specializzata superiore |  |
|  |  |
| **Perito principale e perito specializzato** | |
| Perito principale (cognome, nome, e-mail, tel.) |  |
| Perito specializzato (cognome, nome, e-mail, tel.) |  |
|  |  |
| Data del **rapporto finale** |  |
| **Indirizzi e-mail dei destinatari** | Periti, direzione della scuola, rappresentante SEFRI (responsabile di progetto, segreteria) |
|  | Nominare il documento secondo il seguente esempio:  B19-144 Soccorritore Berna Rapporto finale 16062022 |

1. **Rapporto sommativo dei periti**
2. **Docenti**

In che modo l’operatore della formazione sostiene e gestisce l’attività d’insegnamento dei suoi docenti in riferimento ai seguenti punti?

1. **Attualità scientifica dei contenuti trasmessi:**

testo

1. **Trasmissione dei contenuti formativi orientata alla pratica e conforme al livello:**

testo

1. **Coordinamento e interconnessione dei contenuti trasmessi fra i vari periodi formativi (armonizzazione orizzontale) e nel processo formativo (armonizzazione verticale):**

testo

1. **Curriculum (piano di formazione)**

In che modo l’operatore della formazione garantisce che il curriculum soddisfi i requisiti del ciclo di formazione SSS stabiliti nell’OERic-SSS e nel PQI per quanto riguarda i seguenti aspetti?

1. **Struttura del ciclo di formazione:**

testo

1. **Coordinamento e interazione delle componenti formative scolastiche e pratiche:**

testo

1. **Procedura di qualificazione**

In che modo l’operatore della formazione garantisce, tramite l’impostazione della procedura di qualificazione (compresa quella finale), che tutti gli aspetti rilevanti (conoscenze, abilità, capacità, comportamenti) delle «competenze finali» siano raggiunti e comprovati?

Testo

1. **Ulteriori aspetti (se necessario)**
2. **Condizioni e pendenze non soddisfatte delle fasi 1 - 3**

**Fase 1**

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicatore** | **Argomento** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Fase 2**

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicatore** | **Argomento** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Fase 3**

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicatore** | **Argomento** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **Osservazioni conclusive sullo svolgimento e sui risultati della procedura di riconoscimento**

Testo

1. **Parere dell’operatore della formazione**

*Testo*

Luogo, data, firma:

1. **Raccomandazione** **dei periti all’attenzione della SEFRI in merito al riconoscimento del ciclo di formazione SSS**

**La raccomandazione all’attenzione della SEFRI è la seguente:**

**Riconoscimento**

* Riconoscimento del ciclo di formazione XXX

*Se è stata esaminata l’opzione del riconoscimento retroattivo:*

* Riconoscimento retroattivo per il ciclo di formazione XXX-XXX

**Sì**

**No**

**Motivazione**: testo

**Rifiuto del riconoscimento**

**Motivazione**: testo

**Riconoscimento con riserva**

1. **Descrizione della/e riserva/e**

testo

1. **In che modo ed entro quando deve essere eliminata la riserva (tipo di prova da fornire e scadenza)**
   * + **Tipo di prova da fornire**testo
     + **Scadenza**  
       testo
2. **Chi verifica la prova, quando e in che modo?**

testo

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