|  |
| --- |
| **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 kryesor (organizatë/institucion): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_      1. Titullari i organizatës/institucionit Kryesor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_      2. NIPT-i Organizatës/institucionit Kryesor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   (NIPT-i shoqërohet me dokumentin e përditësuar të tatimeve të ofruesit për vitin aktual)  1.1.3 Personi i kontaktit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 1. Emri e bashkëofruesit tjetër (organizatë/institucion)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_      1. Titullari i organizatës/institucionit tjetër: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_      2. NIPT-i Organizatës/institucionit tjetër\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   (NIPT-i shoqërohet me dokumentin e përditësuar të tatimeve të ofruesit për vitin aktual)  1.2.3. Personi i kontaktit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 1. Emri e bashkëofruesit tjetër (organizatë/institucion)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_      1. Titullari i organizatës/institucionit tjetër: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_      2. NIPT-i Organizatës/institucionit tjetër\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   (NIPT shoqërohet me dokumentin e përditësuar të tatimeve të ofruesit për vitin aktual)  1.3.3. Personi i kontaktit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Nëse janë dhe më shumë bashkëofrues, listoni më poshtë të gjithë informacionin e kërkuar për ta. Asnjë bashkëofrues i aktivitetit nuk duhet të jetë i pa deklaruar në këtë formular.* |

|  |
| --- |
|  |
| **1.4 Lloji i aktivitetit** (zgjidh një prej llojeve të mëposhtme)   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Konferencë |  | Trajnim |  | | Seminar |  | Trajnim në vendin e punës |  | | Uorkshop |  | Trajnim për trajnerët |  | | Leksion  Tjetër \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  | |

|  |
| --- |
| * 1. **Titulli i aktivitetit**   **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |
| --- |
| **1.6 Fusha që mbulon aktiviteti:**  Specialitet mjekësor  Jo specialitet[[1]](#footnote-1) |

|  |
| --- |
| **1.5 Data e zhvillimit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kohëzgjatja në ditë \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Vendi ku zhvillohet \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numri i pjesëmarrësve \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  *(shënoni numrin maksimal të pjesëmarrësve të parashikuar)* |

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

1. **Informacion mbi aktivitetin**

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

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

|  |
| --- |
| **2.3 Cilat janë objektivat e aktivitetit që priten të arrihen në fund të 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 Kategoritë e profesionistëve pjesëmarrës në aktivitet** (mund të zgjidhni 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** |

|  |
| --- |
| **2.6 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 Me cfarë forme do të vlerësohet procesi i të mësuarit te pjesëmarrësit ?(nëse do të bëhet)**  **Shëno më poshtë:**    pyetësor  provim me gojë  provim praktik  provim me shkrim  Bashkangjiteni një kopje të formularit të vlerësimit me formularin e aplikimit. |

|  |
| --- |
| **2.8 Nëse është parashikuar përdorimi i një gjuhe të huaj, përkthimi do të jetë:**  **a) simultan?, apo**  **b) i njëpasnjëshëm ?** |

|  |
| --- |
| **2.9 Cilat janë metodat pedagogjike që do të përdoren?** (mun të zgjidhni më shumë se një)  leksion  diskutim  demonstrim teknik  diskutim rasti  luajtje roli  punë në grupe  tjetër \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Programin e detajuar të aktivitetit bashkangjitjani formularit të aplikimit |

|  |
| --- |
| **2.10 Cilat janë materialet didaktike që do të përdoren në këtë aktivitet:**  kurrikula/material reference  prezantimet e lektorëve  materiale mbështetëse për pjesëmarrësit  materiale promovuese  tjetër \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    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 Nëse po, deklaroni sa është pagesa për pjesëmarrësit në aktivitet: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_lek** |

|  |
| --- |
| **3.2 Aktiviteti financohet nga:**  Buxheti i Ministrisë së Shëndetësisë  Sponsor tregtar (Emrin e Sponsorit)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Kuotat e regjistrimit/ndjekjes së aktiviteti  Vetë organizata/institucioni  Donator (shënoni emrin e donatorit)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **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***. |

Bashkë me formularin e aplikimit, **BRENDA NJË AFATI 10 DITOR NGA DATA E APLIKIMIT**, duhet të dorëzoni dhe:

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

Pyetësorin e vlerësimit të organizimit të aktivitetit;

Pyetësorin e vlerësimit të procesit të të mësuarit tek pjesëmarrësit (nëse do të ketë vlerësim)

programin 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).

Dokumentin e përditësuar të tatimeve të ofruesit për vitin aktual

Kopje të certifikates për profesionistët pjesëmarrës në aktivitet.

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-1)**

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(Emri i sponsorit)** | **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, pagesa si lektor, 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**KUJTESË**

**Ofruesi duhet të dorëzojë në QKEV listën e pjesëmarrësve sipas formatit të publikuar në www.qkev.gov.al, të firmosur dhe vulosur nga titullari i organizatës që ofron aktivitetin deri 30 ditë pas përfundimit të aktivitetit.**

**Certifikata e lëshuar nga ofriesi/ofruesit duhet të përmbajë emrat e të gjithë ofruesve dhe shënimin: “ Ky aktivitet është akredituar nga QKEV dhe i njihen X kredite”.**

1. I referohet temave të tilla si etika, edukimi shëndetësor, menaxhim shendetesor, informatika ne shendetesi, etj. [↑](#footnote-ref-1)
2. Orët reale të aktivitetit pa përfshirë kohën e regjistrimit, përshëndetjet, pushimet. [↑](#footnote-ref-2)
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.

   QKEV ka të drejtën e publikimit të informacionit në lidhje me këtë aktivitet. [↑](#endnote-ref-1)