**METTERE SU CARTA INTESTATA DELLA SCUOLA/UNIVERSITA’**

ACCORDO PER LO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ EXTRA RETE  
FORMATIVA PER MEDICI IN FORMAZIONE SPECIALISTICA

Il Direttore/Coordinatore della Scuola di specializzazione in…………………………………………………

Prof/Prof.ssa ……………………………………………………….

E

il Prof./Dott. ……………………. Responsabile della struttura ospitante AUSL BOLOGNA – UO: …………………………………. (accreditata e contrattualizzata con il Servizio sanitario nazionale)

stipulano il seguente accordo per lo svolgimento dell'attività extra rete formativa del/della Dott./Dott.ssa ………………………………………………… iscritto/a al ………. anno della Scuola di Specializzazione in …………………………………………………………………………………………………

Si dichiara che la struttura ospitante:

* non fa parte delle reti formative di altri Atenei
* fa parte della rete formativa di altro Ateneo e non ha raggiunto il numero massimo di medici in formazione specialistica frequentanti la propria struttura

La struttura suddetta accoglie il medico in formazione specialistica Dott./Dott.ssa……………………………………………….. iscritto/a alla Scuola di specializzazione in ……………………………………………………………………………………………………….

dal al al fine del raggiungimento degli obiettivi formativi e per lo svolgimento delle attività professionalizzanti descritte nel seguente programma formativo individuale (ovvero nel programma formativo allegato):

Conoscenze, abilità, competenze e relativo livello di autonomia che ci si prefigge di acquisire *(a cura della scuola di specializzazione – eliminare se viene allegato il programma formativo in documento separato)*

La copertura assicurativa è a carico di:

* *struttura ospitante*
* *medico in formazione specialistica*

APPORRE FIRMA AUTOGRAFA (NO DIGITALE) E TIMBRO

|  |  |
| --- | --- |
| Firma del Direttore/Coordinatore della Scuola di Specializzazione | Firma del Responsabile della Struttura Ospitante |
|  |  |

Data: