

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

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 Dott.
.....

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..... iscritto 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: