



**Mittente**

Prof. ....  
Direttore della Scuola in  
.....

**Alla cortese attenzione**

Prof.....  
Direttore UOC di .....dell'AOU  
di SS

**OGGETTO:** attivazione tirocinio formativo extra-rete del **Dr./Dr.ssa .....**

Con riferimento alla convenzione stipulata tra le parti in data **gg-mm-aaaa** e qui integralmente richiamata, si precisa quanto segue:

**MEDICO IN FORMAZIONE SPECIALISTICA**

**Nome e Cognome:**

**Luogo e data di nascita:**

**Indirizzo di residenza:**

**Codice fiscale:**

**Telefono:**

**Email:**

**Anno di corso:**

**TUTOR – SOGGETTO PROMOTORE**

**Nome e Cognome:**

**Qualifica:**

**Telefono:**

**Email:**

**TUTOR – ENTE OSPITANTE**

**Nome e Cognome:**

**Qualifica:**

**Telefono:**

**Email:**

**DURATA E FREQUENZA**

**Numero mesi:** X; dal ..... al .....

**Ore settimanali standard:** 38

**COPERTURE ASSICURATIVE**

**RCT – AM T TRUST INTERNATIONAL (polizza n. IITOMM1900014)**

**Infortunati – UnipolSai (polizza n. Z084174)**



## **PROGETTO FORMATIVO DEL MEDICO IN FORMAZIONE SPECIALISTICA**

### **OBIETTIVI FORMATIVI**

#### **Descrizione sintetica degli obiettivi formativi.**

Es: Acquisizione di conoscenze, abilità e competenze in materia di.....

### **FASI E ATTIVITA' DI PROGETTO**

#### **Descrizione delle fasi e attività di progetto.**

#### **Esempio:**

Fase 1 – Acquisizione di conoscenze e nozioni teoriche in materia di .....

- Attività 1;
- Attività 2;
- Etc.

Fase 2 – Sviluppo di abilità e competenze pratiche in materia di.....

- Attività 1;
- Attività 2;
- Etc.

### **OBLIGHI DEL MEDICO IN FORMAZIONE SPECIALISTICA**

- svolgere le attività previste dal progetto formativo;
- seguire le indicazioni del tutor aziendale della struttura ospitante;
- rispettare scrupolosamente tutti i regolamenti interni vigenti presso l'ente ospitante;
- rispettare le norme in materia di igiene, sicurezza e salute sui luoghi di lavoro;
- mantenere la necessaria riservatezza per quanto attiene a dati, informazioni o conoscenze in merito a processi produttivi e prodotti, acquisiti durante lo svolgimento del tirocinio, che potranno essere oggetto di specifiche sottoscrizioni d'impegno.

Letto, approvato e sottoscritto dalle Parti.

Cagliari, gg-mm-xxxx

**Il Tutor del Soggetto Promotore**

**Prof.**

**Il Tutor dell'Ente Ospitante**

**Prof.**

**Medico in Formazione Specialistica**

**Dr./Dr.ssa .....**