

ALLEGATO 1 – PROGETTO FORMATIVO RELATIVO AL DOTT.

Referente dell'Ente/Azienda
Referente della Scuola di Specializzazione

NOME E COGNOME DEL MEDICO IN FORMAZIONE SPECIALISTICA:
Scuola di Specializzazione:
A.A.
Anno di corso:

Nato a il
Codice fiscale
Telefono
e-mail

U.O. in cui si svolge la formazione specialistica:
Tutor universitario: tel. E-mail
Tutor aziendale: tel. E-mail

Data di inizio del periodo di formazione fuori rete:
Data di conclusione del periodo di formazione fuori rete:
(Attenzione: il periodo deve rientrare nell'anno accademico di iscrizione)

OBIETTIVI FORMATIVI, ATTIVITA' DA SVOLGERE E MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELLA FORMAZIONE

- L'assicurazione è a carico di:
- ente ospitante
 - medico in formazione specialistica

DATA E FIRMA:

Il Medico in formazione

Il Direttore della Scuola di Specializzazione

Il Rappresentante legale della struttura ospitante