

**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 .....