SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN

PIANO FORMATIVO INDIVIDUALE DEL DR.

**A. DATI RELATIVI AL MEDICO IN FORMAZIONE SPECIALISTICA**

Cognome e Nome

Codice fiscale

Data e luogo di nascita

Recapiti

Cittadinanza

ANNO DI CORSO

**B. DATI RELATIVI AL TUTOR INDIVIDUALE DI SEDE A CUI INOLTRARE EVENTUALI COMUNICAZIONI**

Tutor ACCADEMICO: PROF.

MAIL:

Telefono:

**C. DATI RELATIVI AL TUTOR DI STRUTTURA**

Cognome e Nome

Codice fiscale

Data e luogo di nascita

MAIL:

Abilitazione del tutor nel LOG BOOK ELETTRONICO SI NO

Per il periodo dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Conoscenze, abilità e competenze che ci si prefigge di acquisire:
2. Grado di autonomia del MIFS
3. Se il periodo formativo è maggiore o uguale a 12 mesi va inserita anche l’attività didattica prevista dal PDS

* Piano delle attività formative del periodo di formazione (a cura della scuola di *specializzazione*)

Esempio: Il Medico in Formazione Specialistica dovrà essere in grado di affrontare e risolvere le problematiche relative alla valutazione complessiva del paziente riferita allo specifico della tipologia disciplinare (MED/ )

IL DIRETTORE

PROF.

**Allegare alla presente domanda IL REPORT DEL LOGBOOK ELETTRONICO del MIFS**

*Copia del presente modulo va inoltrato a :* [*specializzazioniUTV@uniroma2.it*](mailto:specializzazioniUTV@uniroma2.it) *e solo dopo aver formalizzato le precedenti attività con la segreteria amministrativa delle scuole SSM presso la Facoltà di Medicina.*