SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PROGETTO FORMATIVO

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

Cognome e Nome:

Codice fiscale:

Data e luogo di nascita:

Telefono:

Cittadinanza:

ANNO DI CORSO:

**B. DATI RELATIVI AL DIRETTORE DELLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE**

DIRETTORE SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE: PROF.

Mail:

Telefono:

**C. DATI RELATIVI AL TUTOR ACCADEMICO DELLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE**

TUTOR ACCADEMICO:

**D. DATI RELATIVI AL TUTOR DELLA STRUTTURA ASL/ENTE/U.O.**

Cognome e Nome

Codice fiscale

Data e luogo di nascita

MAIL:

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

Presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipologia contrattuale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ore di contrattualizzazione (indicare le ore da contratto) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DA ABILITARE NEL LOG BOOK ELETTRONICO SE NON GIÀ ABILITATO**

PIANO DELLE ATTIVITÀ FORMATIVE NEL PERIODO DI CONTRATTUALIZZAZIONE

**ATTIVITÀ CLINICA:**

**1) …**

**2) …**

**ATTIVITÀ DIDATTICA PREVISTA DAL PDS:**

**1) …..**

**2) …….**

Attenzione va dichiarato a cura del DIRETTORE, il grado di autonomia del Medico In Formazione Specialistica.

Il Coordinamento è a disposizione per il supporto

IL DIRETTORE

PROF.

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

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