

Al Direttore della Scuola di Specializzazione

OGGETTO: Richiesta di svolgimento attività “fuori rete formativa” (ai sensi del D.I. n. 402/2017)

La/Il sottoscritta/o Dott.ssa/ Dott
codice fiscale..... nata/o a il
...../...../.....

residente

a/in.....Via.....CAP...
.....

e-mail..... Recapito telefonico
.....

Matricola.....

CHIEDE

Di essere autorizzato a svolgere un periodo di formazione extra-rete dal al
presso.....

La richiesta è volta all’acquisizione delle seguenti conoscenze, abilità e competenze:

(sintesi dell’attività extra rete)

.....
.....
.....
.....

A tal fine, consapevole che

- l’attività extra-rete presso la struttura ospitante non potrà iniziare prima dell’approvazione del progetto formativo allegato da parte di tutti gli attori coinvolti e della sottoscrizione di apposita convenzione
- l’attività svolta dovrà essere svolta sotto la supervisione di un tutor, essere regolarmente registrata nel libretto diario informatizzato;
- l’esame annuale sarà svolto presso la sede della Scuola di specializzazione dell’Università Politecnica delle Marche
- dovrà provvedere, con oneri a proprio carico, alla copertura assicurativa per i rischi professionali, per la responsabilità civile contro terzi e infortuni qualora l’ente ospitante non se ne faccia carico

DICHIARA

- di non aver svolto altri periodi di formazione extra-rete/di aver già svolto un periodo di formazione extra-rete (*barrare la voce che non interessa*) dal _____ al _____ presso _____
- di essere in regola con il pagamento delle tasse ed esami di profitto
- di possedere/non possedere (*barrare la voce che non interessa*) l'attestato di formazione generale e specifica per lavoratori in materia di sicurezza e salute sul lavoro ai sensi dell'articolo 37 del D.lgs. 81/2008 e s.m.i. rilasciati da _____
- Di non essere attualmente in sospensione
- Di essere stato/a in sospensione per malattia o maternità dal _____ al _____

e allega progetto formativo compilato per la parte di sua competenza.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente a scuole-master.medicina@univpm.it ogni variazione relativa al periodo di formazione fuori rete, sia che questo venga interrotto anticipatamente sia nel caso si intenda prorogarlo.

Data,

.....
(Firma Medico in formazione specialistica)