Università degli Studi di Messina

PROGETTO FORMATIVO INDIVIDUALE

FORMAZIONE EXTRA RETE

LA/O SPECIALIZZANDA/O:_____

Nata/o a_____ il_____ C.F._____

Residente a _____Prov. _____

Via/P.zza/Contr.da _____ n. _____ - CAP_____

Domiciliata/o (se diverso da Residenza) a _____- Prov. _____

via/P.zza/Contr.da_____ n._____ CAP _____

Email_____- Pec _____ Tel:_____

Iscritta/o presso l'Università degli Studi di Messina - Anno in corso _____

Scuola di Specializzazione in_____

Direttore della scuola di Specializzazione_____

Tutor _____

AZIENDA PRESSO LA QUALE SARA' SVOLTA L'ATTIVITA' ASSISTENZIALE

Struttura _____

Indirizzo: _____

Email: _____ - pec:_____

U.O. _____

Legale Rappresentante _____

Tutor _____

Periodo: dal ___/___/_____ al: ___/___/_____ per un totale di Mesi_____

ore di formazione da svolgere presso l'Azienda_____

orario di svolgimento _____

OBIETTIVI FORMATIVI PREVISTI DAL PIANO FORMATIVO DELLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

ATTIVITA' DA SVOLGERE E MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELLA FORMAZIONE

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

○ Si dichiara che lo svolgimento delle attività suddette implica l'esposizione del medico in formazione ai pericoli derivanti dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti e che, pertanto, saranno applicate le norme fondamentali di sicurezza relative alla protezione ex D. Lgs. n. 101 del 31/07/2020

○ Le parti dichiarano di aver preso visione e accettare l'informativa sulla privacy e di essere consapevole che i mei dati saranno raccolti ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679

Data _____

Presa visione e accettazione

La/o Specializzanda/o _____

Direttore della Scuola di Specializzazione _____

Direttore U.O. _____

IL DIRETTORE DELL'U.O. OSPITANTE, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, DICHIARA

○ Che la struttura operativa, per la specializzazione seguita dallo specializzando, è pubblica e/o privata accreditata presso il Servizio Sanitario Nazionale

○ di fare parte della rete di formazione di _____ (indicare Ateneo e n. accreditamento, anche diverso dall'Università degli Studi di Messina) per la Scuola di Specializzazione in _____ (indicare Scuola di Specializzazione di appartenenza dello specializzando da assumere) e di fornire la disponibilità alla luce della "mancata saturazione del potenziale formativo della struttura sanitaria (in termini di posti letto, prestazioni e procedure cliniche assistenziali) in rapporto al numero dei medici in formazione specialistica dell'Ateneo già convenzionato che frequentano la struttura medesima";

Luogo e Data **Direttore U. O.**

_____

Università degli Studi di Messina

PROGETTO FORMATIVO INDIVIDUALE
PER ASSUNZIONE A TEMPO DETERMINATO

LA/O SPECIALIZZANDA/O:_____

Nata/o a_____ il_____ C.F._____

Residente a _____Prov. _____

Via/P.zza/Contr.da _____ n. _____ - CAP_____

Domiciliata/o (se diverso da Residenza) a _____- Prov. _____

via/P.zza/Contr.da_____ n._____ CAP _____

Email_____- Pec _____ Tel:_____

Iscritta/o presso l'Università degli Studi di Messina - Anno in corso _____

Scuola di Specializzazione in_____

Direttore della scuola di Specializzazione_____

Tutor _____

AZIENDA PRESSO LA QUALE SARA' SVOLTA L'ATTIVITA' ASSISTENZIALE

Struttura _____

Indirizzo: _____

Email: _____ - pec:_____

U.O. _____

Legale Rappresentante _____

Tutor _____

Periodo: dal ___/___/_____ al: ___/___/_____ per un totale di Mesi_____

ore di formazione da svolgere presso l'Azienda_____

orario di svolgimento _____

OBIETTIVI FORMATIVI PREVISTI DAL PIANO FORMATIVO DELLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

ABILITA' E COMPETENZE – GRADO DI AUTONOMIA E RESPONSABILITA'

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

○ Si dichiara che lo svolgimento delle attività suddette implica l'esposizione del medico in formazione ai pericoli derivanti dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti e che, pertanto, saranno applicate le norme fondamentali di sicurezza relative alla protezione ex D. Lgs. n. 101 del 31/07/2020

○ Le parti dichiarano di aver preso visione e accettare l'informativa sulla privacy e di essere consapevole che i mei dati saranno raccolti ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679

Data _____

Presa visione e accettazione

La/o Specializzanda/o _____

Direttore della Scuola di Specializzazione _____

Direttore U.O. _____

IL DIRETTORE DELL'U.O. OSPITANTE, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, DICHIARA

○ Che la struttura operativa, per la specializzazione seguita dallo specializzando, è pubblica e/o privata accreditata presso il Servizio Sanitario Nazionale;

○ di fare parte della rete di formazione di _____ (indicare Ateneo e n. accreditamento, anche diverso dall'Università degli Studi di Messina) per la Scuola di Specializzazione in _____ (indicare Scuola di Specializzazione di appartenenza dello specializzando da assumere)

○ di NON fare parte della rete di formazione per la Scuola di Specializzazione in_____ (indicare Scuola di Specializzazione di appartenenza dello specializzando da assumere). L'Azienda dichiara, tuttavia, di essere in possesso degli Standard Minimi Generali e Specifici ed Indicatori di Performance per l'accreditamento delle Strutture della Rete Formativa, di cui all'allegato 1 al D.I. n. 402/2017, relativamente alla Scuola di Specializzazione in _____(indicare Scuola di Specializzazione di appartenenza dello specializzando da assumere).

Luogo e Data **Direttore U. O.**

_____