



## UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DEL MOLISE

### Periodo formazione fuori dalla rete formativa

#### Dati del medico in formazione

A.A. .... / ..... / .....

Nome ..... Cognome.....

Università di provenienza: Università degli Studi del Molise

Scuola di specializzazione: Radiodiagnostica

#### Dati dell' Ente/Azienda ospitante

Ente/Azienda o Ateneo .....

Il periodo di formazione fuori rete si svolgerà dal..... / ..... / ..... al..... / ..... / .....

*Piano delle attività formative da svolgere presso l'ente/azienda ospitante:*

--



## UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DEL MOLISE

Data: ...../...../.....

### Il medico in formazione

.....  
(Firma)

#### *L'Azienda/Ateneo ospitante*

Si dichiara che il Piano delle attività formative proposto, è approvato e che a conclusione del periodo sarà rilasciata una certificazione al medico in formazione specialistica.

Si dichiara altresì che ai sensi dell'art.41 comma 3 del Decreto legislativo 368/99 al medico in formazione specialistica sarà garantita con oneri a carico dell'Azienda ospitante copertura assicurativa per i rischi professionali, per la responsabilità civile contro terzi e gli infortuni connessi all'attività assistenziale svolta nelle proprie strutture, alle stesse condizioni del proprio personale. Gli estremi della Polizza assicurativa sono a seguire indicati:

\*Copertura \_\_\_\_\_

\*Posizione \_\_\_\_\_

\*Compagnia \_\_\_\_\_ Agenzia di \_\_\_\_\_

*\*compilazione da effettuare dalla struttura ospitante*

#### *Il Direttore della U.O.C.*

.....  
*Firma e timbro del Direttore U.O.C. struttura ospitante*

#### *Il Direttore Sanitario*

.....  
*Firma e timbro del Direttore Sanitario struttura ospitante*

#### *Il Direttore della Scuola dell'Ateneo di provenienza*

.....  
*Firma e timbro del Direttore della Scuola*

Approvato con delibera n. \_\_\_/\_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ del Consiglio della Scuola di Specializzazione