



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