



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:**

**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

*Il presente modello deve essere presentato alla Direzione della Scuola almeno 60 giorni antecedenti il termine di inizio del periodo di formazione*