



UNIVERSITÀ
DI SIENA

1240

ALLEGATO A

FAC SIMILE PROGETTO FORMATIVO PER FREQUENZA FUORI RETE FORMATIVA PRESSO STRUTTURE PUBBLICHE O PRIVATE ACCREDITATE E CONTRATTUALIZZATE CON IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

(da presentare compilato in tutte le sue parti all'Ufficio Scuole di Specializzazione ed esami di stato)

DATI ANAGRAFICI DELLO SPECIALIZZANDO

Data e luogo di Nascita

Indirizzo di residenza

c.a.p.

n. telefono

Iscritto al

n.

Cod.fiscale

della scuola di specializzazione in

DATI AZIENDA SEDE DI TIROCINIO

Nome

Ragione Sociale

indirizzo della sede legale (via, n. civico, cap, città)

Telefono – e mail

TUTOR:

Indicare il NOME, il COGNOME, e il TITOLO ACCADEMICO del docente di riferimento.

ORE SETTIMANALI PREVISTE:

Indicare il numero complessivo di ore settimanali previste per lo svolgimento del tirocinio. Non si devono superare 38 ore settimanali.

PERIODO DI TIROCINIO:

(Massimo 18 mesi nell'arco di tutta la specializzazione)

N.B.

la data d'inizio del tirocinio è vincolata alla corretta presentazione della documentazione che, di norma, avviene 60 giorni prima.

OBIETTIVI e modalita' del tirocinio:

Occorre descrivere nel modo più dettagliato possibile sia le ATTIVITA' a cui lo specializzando potrà partecipare e svolgere, che le relative competenze che si prevede potranno essere acquisite.

Le coperture assicurative sono garantite dalla convenzione che dovrà essere attivata come da bozza allegata tra l'Università di Siena e la struttura ospitante

Firma il Direttore/Presidente Comitato Ordinatore della Scuola di Specializzazione

Firma per accettazione del Direttore/Responsabile U.O. dell'ente ospitante

Firma dello Specializzando