

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;

odi 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

appartenenza dello specializzando da assumere)

(indicare Scuola di Specializzazione di

Luogo e Data Direttore U. O.