



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

AREA
SERVICE AREA MEDICA

CERTIFICATO DELLE ATTIVITA' SVOLTE FUORI RETE FORMATIVA A.A. 20...../.....

UNIVERSITA' DI
APPARTENENZA

: ALMA MATER STUDIORUM UNIVERSITA' DI BOLOGNA

NOME
DELL'UNIVERSITA'
OSPITANTE

:

Questo modulo, compilato in tutte le sue parti, dovrà essere trasmesso via mail entro 5 giorni dalla fine delle attività alla segreteria della Scuola

SI ATTESTA CHE

Da far compilare e firmare dal Direttore U.O. dell'ente ospitante e validare con il timbro ufficiale dell'ente alla fine delle attività

Il sottoscritto, quale Direttore U.O. di [nome dell'istituzione/azienda]

Con la presente dichiara che il medico in formazione

[nome].....[cognome].....

Ha completato il periodo di attività fuori rete formative in coerenza con il programma descritto nella delibera del Consiglio della Scuola di appartenenza

Con il seguente risultato (valutazione complessiva del periodo):

Ottimo Buono Discreto Sufficiente Insufficiente

Durata complessiva del periodo fuori rete formativa:

[Fornire una motivazione per la valutazione dell'attività formativa]

.....
.....
.....
.....

[nome] [cognome]

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

Firma e Timbro