ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA | AREA
SERVICE AREA MEDICA

CERTIFICATO DELLE ATTIVITA' SVOLTE FUORI RETE FORMATIVAA.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 delConsiglio 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

SETTORE MEDICI IN FORMAZIONE SPECIALISTICA | UFFICIO SERVIZI E PRESENZE DEI MEDICI IN FORMAZIONE SPECIALISTICA
c/o Policlinico di Sant'Orsola, Polo Murri via Massarenti 9 | 40138 Bologna | Tel. +39 051 2080851 | sam.servizimfs@unibo.it | Recapito postale: via Zamboni 33 l 40126 Bologna Italia