



ALMA MATER STUDIORUM | AREA
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA | SERVICE AREA MEDICA

ALLEGATO 1 – PROGETTO FORMATIVO RELATIVO AL DOTT.

Direttore della Scuola di Specializzazione

Direttore U.O. Struttura Ospitante

NOME E COGNOME DEL MEDICO IN FORMAZIONE SPECIALISTICA:

Scuola di Specializzazione:

A.A.

Anno di corso:

Nato a il

Codice fiscale

Telefono

e-mail

Denominazione Struttura Ospitante e U.O.:

Tutor individuale: tel. E-mail

Tutor Struttura Ospitante: tel. E-mail

Data di inizio del periodo di formazione fuori rete:

Data di conclusione del periodo di formazione fuori rete:

(Attenzione: il periodo deve rientrare nell'anno accademico di iscrizione)

OBIETTIVI FORMATIVI, ATTIVITA' DA SVOLGERE E MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELLA FORMAZIONE

L'assicurazione è a carico di:

- ente ospitante
- medico in formazione specialistica

DATA E FIRMA:

Il Medico in formazione

Il Direttore della Scuola di Specializzazione

Direttore U.O. Struttura Ospitante