SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna

Policlinico S. Orsola-Malpighi

ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

Allegato 2 DELL'ACCORDO ATTUATIVO LOCALE
FREQUENZA DEI MEDICI IN FORMAZIONE NELLE STRUTTURE DELLA RETE FORMATIVA
(da trasmettere alla DIREZIONE SANITARIA all'inizio dell'anno di corso)

ANNO ACCADEMICO_____/_____ SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN _____

STRUTTURE DELLA RETE FORMATIVA		ANNI DI CORSO (*)						TOTALE PER STRUTTURA
SEDE E DENOMINAZIONE DELLA U.O./S.S.D	DIRETTORE U.O./ RESPONSABILE S.S.D COGNOME E NOME	1	2	3	4	5	6	
	TOTALE ISCRITTI PER ANNO DI CORSO							

(*) indicare il numero delle unità equivalenti dei medici in formazione rispetto al periodo di presenza nelle strutture della rete formativa, secondo la seguente classificazione:

MESI DI PRESENZA	UNITA' EQUIVALENTI
1	0,08
2	0,16
3	0,25
4	0,33
5	0,42
6	0,5
7	0,58
8	0,66
9	0,75
10	0,83
11	0,92
12	1

Data,_____

Il Direttore della Scuola di Specializzazione (Timbro e Firma)_____