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

Policlinico S. Orsola-Malpighi

ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

Allegato 3 DELL'ACCORDO ATTUATIVO LOCALE
PROGRAMMA DI FORMAZIONE INDIVIDUALE
(da trasmettere alla DIREZIONE SANITARIA all'inizio dell'anno di corso)

ANNO ACCADEMICO …… SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN ……

PROGRAMMA INDIVIDUALE DI FORMAZIONE ANNUALE DOTT. …… ANNO DI CORSO ……

OBIETTIVI FORMATIVI	

STRUTTURE DELLA RETE FORMATIVA		**Attività assistenziali e standard di addestramento professionalizzante specifici previsti dal D.I. 402/2017 (numero minimo e tipologia delle procedure diagnostiche, terapeutiche e/o chirurgiche)**	**Grado di autonomia (*)**	**Durata della frequenza**	
SEDE E DENOMINAZIONE DELLA U.O./SSD	**DIRETTORE U.O./ RESPONSABILE S.S.D COGNOME E NOME**			**DAL (gg/mm/aa)**	**AL (gg/mm/aa)**

(*) Indicare il grado di autonomia nell'esercizio delle singole attività assistenziali (1 = appoggio; 2 = collaborazione; 3 = autonomia)

Il Dott. è designato Incaricato del trattamento dei dati, ai sensi dell'articolo 30 del D. Lgs 30 giugno 2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".
In qualità di Incaricato Lei è autorizzato a svolgere le operazioni di trattamento, secondo le istruzioni generali impartite dal Titolare e secondo le istruzioni dettagliatamente attribuite all'ambito professionale di competenza, che Le verranno assegnate dal Responsabile del trattamento dei dati dell'U.O di assegnazione."

Il Direttore della Scuola di Specializzazione (Timbro e firma) Il Tutor (Timbro e firma) Il medico in formazione specialistica (Timbro e firma)

Il Direttore della Struttura assistenziale /Il Responsabile della S.S.D (Timbro e firma) _____
Il Direttore della Struttura assistenziale /Il Responsabile della S.S.D (Timbro e firma) _____
Data, _____