



**Università  
degli Studi  
di Ferrara**

**Ufficio Scuole di Specializzazione  
Sanitarie**

**Università degli Studi di Ferrara**  
Ripartizione Rapporti con Servizio Sanitario  
Nazionale  
via Aldo Moro,22 • 44124 Cona (FE)  
[scuole.specializzazione@unife.it](mailto:scuole.specializzazione@unife.it)  
0532 293197  
[www.unife.it/it/corsi/scuole-di-specializzazione/sanitarie](http://www.unife.it/it/corsi/scuole-di-specializzazione/sanitarie)

Gent.mo Prof/Dott.....

Direttore della U.O. C. di .....

Ospedale .....

.....

Oggetto: richiesta di svolgimento attività “extra rete formativa” (ai sensi del D.I. n. 402/2017) per il/la

Dott./Dott.ssa ..... dal ..... al .....

Si chiede di accogliere il Dott.....iscritto al ..... anno della Scuola di Specializzazione in ..... per la frequenza di un periodo di formazione extra rete formativa dal ..... al ..... presso la struttura da Lei diretta, al fine di acquisire le competenze specifiche descritte nella proposta di accordo allegata, da restituire compilata nelle parti di competenza (*denominazione struttura, Legale Rappresentante ed e-mail, dichiarazione appartenenza reti formative, Modalità di supervisione e valutazione delle attività formative e copertura assicurativa*) e debitamente sottoscritta.

**\* Motivazione della richiesta:**

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

Cordiali saluti.

Data:.....

Il Direttore della Scuola di Specializzazione in .....  
e-mail:

Timbro e firma

.....

**\* fare riferimento alle competenze previste dagli obiettivi formativi che non possono essere acquisite nelle strutture della rete**