



## **ACCORDO PER LO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ EXTRA RETE FORMATIVA PER MEDICI IN FORMAZIONE SPECIALISTICA**

Il Direttore del Dipartimento di .....

Prof. ....

a cui afferisce la Scuola di Specializzazione in .....

e

il Legale Rappresentante Prof./Dott. ....

e-mail.....tel.....

della struttura ospitante (accreditata e contrattualizzata con il Servizio Sanitario Nazionale)

stipulano

il seguente accordo per lo svolgimento dell'attività extra rete formativa del  
Dott.....

presso la U.O./ Servizio .....

Si dichiara che la struttura ospitante:

- non fa parte delle reti formative di altri Atenei
- fa parte della rete formativa di altro Ateneo e di non ha raggiunto il numero massimo di medici in formazione specialistica frequentanti la propria struttura

La struttura suddetta accoglie il medico in formazione specialistica  
Dott..... iscritto alla Scuola di Specializzazione in  
..... dal..... al..... al fine del  
raggiungimento degli obiettivi formativi e per lo svolgimento delle attività professionalizzanti  
descritte nel seguente programma formativo individuale:

- Conoscenze, abilità e competenze che ci si prefigge di acquisire *(a cura della Scuola di Specializzazione)*
- Modalità di supervisione e valutazione delle attività formative *(a cura della struttura ospitante)*

La copertura assicurativa è a carico di:

- struttura ospitante*
- medico in formazione specialistica*

Firma e timbro del Legale Rappresentante della  
Struttura Ospitante

Firma e timbro del Direttore del Dipartimento

.....

.....



**Università  
degli Studi  
di Ferrara**

Ufficio Supporto Trasversale Dipartimenti Cona  
e Segreteria delle Scuole di Specializzazione

*Meta Struttura Medico – Chimica*

Data: .....

Data: .....