Scuola di Specializzazione in ……………..

Direttore Prof. ……………

**PERIODO FORMATIVO PRESSO STRUTTURA ESTERA**

Con riferimento alla richiesta di effettuare un periodo di formazione esterna presso ……………………………………………………………………(da ora in poi “struttura ospitante”), avanzata dal/dalla Dott./Dott.ssa ……………, iscritto/a al ………... anno della Scuola di Specializzazione in …………………. dell’Università degli Studi di Firenze, in conformità alla delibera assunta dal Consiglio della Scuola in data ………….. [oppure, tenuto conto che la richiesta verrà portata a ratifica e deliberata nel prossimo Consiglio utile]

**SI AUTORIZZA**

il/la Dott./Dott.ssa …………………….. a frequentare la struttura suddetta nel periodo XX/XX/XXXX – XX/XX/XXXX.

Il tutoraggio dello specializzando sarà garantito dal/dalla Dott./Dott.ssa …………….. [indirizzo e-mail], Direttore/afferente al ………………….. della struttura ospitante.

Presso la struttura ospitante il/la Dott./Dott.ssa …………[breve descrizione delle attività svolte, in riferimento al piano formativo dello specializzando]………………………………………………..

Ai sensi dell’art. 41, comma 3, del Decreto Legislativo 17 agosto 1999, n. 368, la struttura ospitante, presso la quale il/la Dott./Dott.ssa svolgerà la propria attività formativa dal ……….. al …………, provvederà, con oneri a proprio carico, alla copertura assicurativa per i rischi professionali, per la responsabilità civile contro terzi e gli infortuni connessi all’attività assistenziale svolta dal medico/specializzando in formazione presso le proprie strutture, alle stesse condizioni del proprio personale.

**(OPPURE, se la struttura non garantisce la copertura assicurativa):**

Salvo pari attestazione rilasciata dalla struttura ospitante, prima dell’inizio del periodo di frequenza, il/la Dott./Dott.ssa …………………… provvederà, con oneri a proprio carico, alla copertura assicurativa dei rischi professionali, per la responsabilità civile contro terzi e gli infortuni connessi all’attività assistenziale svolta dallo stesso presso le strutture del ………………………………………].

L’attività del/della Dott./Dott.ssa …………… presso la struttura ospitante potrà iniziare solo dopo la ricezione della nota di accettazione da parte della struttura ospitante.

Le attività svolte durante il periodo fuori rete sono riconosciute nell’ambito dell’insegnamento Gruppo Materie …………….. anno – modulo CODICE – NOME per n CFU[[1]](#footnote-1)

**Sentito/a l’interessato/a si dichiara infine che l/la specializzando/a è:**

* in regola col pagamento delle tasse;
* ha partecipato al corso di formazione generale e specifica per lavoratori in materia di sicurezza e salute sul lavoro ai sensi dell’art.37 del D.Lgs.81/2008 e s.m.i. e dell’Accordo Stato-Regioni del 21 dicembre 2011 presso l’Università di Firenze in data……………………….. (indicare almeno il periodo es. autunno 2018);
* è in regola con le visite di sorveglianza sanitaria previste dalla normativa vigente - ultima visita effettuata in data…………………………………………..
* Si impegna a comunicare tempestivamente all’ufficio – scrivendo all’indirizzo fuorirete.scuolesanitarie@sc-saluteumana.unifi.it ogni variazione relativa al periodo fuori rete, sia che questo venga interrotto prematuramente sia nel caso in cui si intenda prorogarlo. In quest’ultimo caso la comunicazione deve avvenire almeno un mese prima del termine originariamente previsto.
* Presso l’Università di Firenze ha già usufruito di n………………..…….giorni di fuori rete formativa (convenzione/documentazione fuori rete (Italia/estero) Repertorio………...…….Protocollo……….………del……..………)
* Ha già usufruito di n………………..…….giorni di formazione di cui alla L. 145/2018 (ex Decreto Calabria) presso………………………..………(convenzione/documentazione Repertorio………...…….Protocollo……….………del……..………)
* SE TRASFERITO/A DA ALTRO ATENEO, ha già usufruito di n…………..…….giorni di fuori rete formativa.
* SE RADIOESPOSTO: Ai sensi dell’art. 112 – Decreto Lgs 101/2020 è stata effettuata una valutazione preventiva del rischio radiologico per lo specializzando e l’Esperto in Radioprotezione dell’Università ha classificato lo stesso quale “Lavoratore esposto” di categoria……………………..……….

**Il Direttore della Scuola di Specializzazione**

Prof./Prof.ssa……………………………………………… (apporre FIRMA e TIMBRO)

**Lo specializzando, per presa visione e accettazione**Dott/Dott.ssa…………………………………………..

* Allegare lettera di accettazione della struttura ospitante
1. Si ricorda che una settimana di attività professionalizzante corrisponde ad un CFU [↑](#footnote-ref-1)