**(da compilare su CARTA INTESTATA DELLA SCUOLA)**

**RICHIESTA PERIODO FORMATIVO PRESSO UNA STRUTTURA FUORI RETE FORMATIVA IN ITALIA**

**PROGETTO RELATIVO AL/ALLA DOTT./DOTT.SSA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di **Direttore** della Scuola di Specializzazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

chiede di attivare una convenzione nominativa per un periodo fuori rete formativa per

il/la dott./dott.ssa NOME COGNOME Matricola: ............... Nato a: ............ il .......... C.F.: ....................... Matricola……………………………………., **medico in formazione specialistica** iscritto/a al ............... anno in corso per l'A.A. ...............alla Scuola di Specializzazione in NOME SCUOLA

Tale periodo di formazione specialistica si svolgerà presso:

**NOME AZIENDA (specificare se pubblica o privata accreditata SSN), indirizzo, città NOME DAI/SOD/Struttura aziendale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Direttore della struttura-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con il/la quale sono già stati presi accordi per vie brevi**

Tutor aziendale (personale afferente alla struttura, nella persona del Direttore o dirigente medico) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Tutor di percorso individuato dalla Scuola[[1]](#footnote-1):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Riferimento amministrativo da contattare:

Data di inizio del periodo di formazione fuori rete: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Data di conclusione del periodo di formazione fuori rete: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

((((Le attività svolte durante il periodo fuori rete sono riconosciute nell’ambito dell’insegnamento Gruppo Materie …………….. anno – modulo *CODICE – NOME* per n CFU[[2]](#footnote-2))))

Il Consiglio della Scuola, nella seduta del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ha approvato **OPPURE** Il Consiglio della Scuola ratificherà nella prima seduta utile, lo svolgimento dell’attività formativa presso l’Azienda, all’interno del progetto formativo del/della Dott./Dott.ssa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in considerazione del fatto che.... [inserire **motivazione**, che deve dare atto che il periodo fuori rete consente l’apprendimento di competenze che non sarebbero stato possibile nelle strutture della rete. Si potrà far riferimento e strumentazioni presenti, metodiche specifiche, eccellenze della struttura]

Il medico in formazione specialistica svolgerà presso l’Azienda ....... [indicare le attività previste]. ......................................................................................con livello di autonomia………………………..[indicare se 1, 2 o 3] ai sensi dell’art. 32 comma 2 del *Regolamento delle Scuole di Specializzazione di Area Sanitaria dell’Università degli Studi di Firenze[[3]](#footnote-3)*

Al termine del periodo il medico in formazione avrà acquisito..... [competenze attese].

Sentito/a l’interessato/a si attesta infine che l/la dott./dott.ssa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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.
* Si impegna a comunicare tempestivamente all’ufficio – scrivendo all’indirizzo [fuorirete.scuolesanitarie@sc-saluteumana.unifi.it](mailto: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.

Firenze,

Il Direttore della Scuola di Specializzazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prof. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(apporre FIRMA e TIMBRO)

Per presa visione e accettazione  
Dott…………………………………………..  
Medico in formazione specialistica

1. Art. 33 comma 1 lettera a) del *Regolamento delle Scuole di Specializzazione di Area Sanitaria dell’Università degli Studi di Firenze* https://www.unifi.it/upload/sub/normativa/regolamento\_scuole\_specializzazione\_area\_sanitaria\_dr536\_2018.pdf [↑](#footnote-ref-1)
2. Si ricorda che una settimana di attività professionalizzante corrisponde ad un CFU [↑](#footnote-ref-2)
3. a) attività assistenziale con grado di autonomia 1: con presenza del Medico Strutturato che esegue la prestazione e ne affida parte al Medico in Formazione Specialistica;

   b) attività assistenziale con grado di autonomia 2: la prestazione, su indicazione del Medico Strutturato, è eseguibile dal Medico in Formazione Specialistica nell’ambito della propria attività di collaborazione ed avviene sotto il controllo del Medico Strutturato che controfirma il referto di visita o prestazione strumentale specialistica sottoscritto dal Medico in Formazione Specialistica che ha eseguito la prestazione;

   c) attività assistenziale con grado di autonomia 3: il Medico in Formazione Specialistica svolge l’attività in modo autonomo, nei limiti delle proprie competenze come riscontrabili dal libretto diario e certificate dal docente tutore, attenendosi alle direttive impartite dal tutor, secondo quanto definito dalla programmazione individuale operata dal Consiglio della Scuola; il tutor è comunque presente in servizio per la consultazione e l’eventuale tempestivo intervento richiesti dal medico in formazione specialistica e, al termine dell’attività, vista il referto o i risultati della prestazione. Il medico in formazione specialistica non può essere impiegato in totale autonomia nella assunzione di competenze di natura specialistica [↑](#footnote-ref-3)