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

**PERIODO FORMATIVO PRESSO STRUTTURA ESTERA[[1]](#endnote-1)**

Con riferimento alla richiesta di effettuare un periodo di formazione esterna

**presso**

…………………………………………………………………………………………………………………..(da ora in poi “struttura ospitante”), con sede legale in …………… (Città e Stato) (web………………………)

**avanzata dal il dott. ………………..**

Matricola: ............... Nato a: ............ il .......... C.F.: ....................... residente in via/piazza……………. N. Cap … Città…… Tel. ………..specializzando iscritto al ............... anno in corso per l'A.A. ...............alla Scuola di Specializzazione in ………………………………..……., 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] – CANCELLARE la parte che non interessa**

Preso atto dell’accettazione da parte della Struttura ospitante come da nota allegata, sottoscritta dal legale rappresentante ………………………….. (nome, cognome, mail istituzionale)

**SI AUTORIZZA**

il Dott. …………………….. a frequentare la struttura suddetta dal

* Data di inizio del periodo di formazione fuori rete: ……………………..…………………………………………………….
* Data di conclusione del periodo di formazione fuori rete: ……….………………………………………………………..

Il periodo fuori rete sarà continuativo dalla data di inizio alla data di fine e non sono quindi previste attività presso le strutture di rete né presso la struttura di sede (AOUC, AOUM, ATC, DON GNOCCHI);

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

Tutor di percorso dello specializzando è……………………………………..

Presso la struttura ospitante il Dott. …………[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 Dottore 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 dallo specializzando presso le proprie strutture, alle stesse condizioni del proprio personale.

**(OPPURE, se la struttura non garantisce la copertura assicurativa): CANCELLARE la parte che non interessa**

prima dell’inizio del periodo di frequenza, il Dott. …………………… 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 ………………………………………].

**Sentito/a l’interessato si dichiara infine che lo specializzando**

* E’ attualmente iscritto alla Scuola di Specializzazione con carriera attiva[[2]](#endnote-2)
* 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, oppure, qualora si intenda prorogarlo ad avanzare la relativa istanza secondo le procedure indicate alla pagina <https://www.sc-saluteumana.unifi.it/vp-652-periodi-fuori-rete-formativa.html>.
* Presso l’Università di Firenze ha già usufruito di n………………..…….giorni di fuori rete formativa (convenzione/documentazione fuori rete (Italia/estero) Repertorio………...…….Protocollo……….………del……..………) nel computo sono considerati anche i giorni trascorsi in mobilità Erasmus;
* SE TRASFERITO/A DA ALTRO ATENEO, ha già usufruito di n…………..…….giorni di fuori rete formativa.

***Per presa visione e accettazione***

**Lo specializzando**Nome Cognome

FIRMA e TIMBRO o FIRMA DIGITALE

**Il Direttore della Scuola di Specializzazione**
Nome Cognome

FIRMA e TIMBRO o FIRMA DIGITALE

1. L’uso nel presente modulo del genere maschile non ha alcun carattere discriminatorio ma, inteso come genere neutro, risponde solo ad esigenze di più immediata comunicazione. [↑](#endnote-ref-1)
2. Non si possono attivare periodi fuori rete durante il periodo di sospensione per malattia, maternità o altro né fino a che, in caso di trasferimento, non si è preso servizio presso il nostro Ateneo. Eventuali casi eccezionali dovranno essere preventivamente valutati e autorizzati dalla Segreteria. [↑](#endnote-ref-2)