

UNIVERSITÀ DI PISA

Scuola Interdipartimentale di Medicina

Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale

Dipartimento di Patologia Chirurgica, Medica, Molecolare e dell'Area Critica

Dipartimento di Ricerca Traslationale e delle Nuove Tecnologie in Medicina e Chirurgia



Al Consiglio della

Scuola di Specializzazione in _____

Al Direttore della Scuola di Specializzazione

prof./prof.ssa _____

All'Unità Scuole di Specializzazione della Direzione
Area di Medicina

fuorirete-specializzazioni@med.unipi.it

Oggetto: Domanda di stage fuori rete formativa

Il/La sottoscritto/a _____
cognome e nome

matricola _____ CF _____ nato/a _____ il ____/____/____

residente a _____ (_____) in Via _____ N. _____

Telefono _____ e-mail _____ iscritto/a al _____

anno della scuola di specializzazione in _____

CHIEDE

di venire autorizzato ai sensi dell'art. 31 del Regolamento di Funzionamento delle Scuole di Specializzazione di area sanitaria emanato con D.R. n. 26834 del 1/09/2014

☐ a **svolgere** un periodo di formazione in una struttura al di fuori della rete formativa della Scuola di Specializzazione

☐ a **prorogare** il periodo di formazione in struttura al di fuori della rete formativa della Scuola di Specializzazione attualmente in corso di svolgimento

presso la seguente struttura:

Struttura (Azienda Sanitaria/Ospedale/Ente) _____

UNIVERSITÀ DI PISA

Scuola Interdipartimentale di Medicina

Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale

Dipartimento di Patologia Chirurgica, Medica, Molecolare e dell'Area Critica

Dipartimento di Ricerca Traslazionale e delle Nuove Tecnologie in Medicina e Chirurgia



Unità Operativa _____

Via _____

Città _____ CAP _____

Periodo di formazione dal ____/____/____ al ____/____/____

sotto la supervisione del **Direttore dell'Unità Operativa** dott. _____

e-mail _____ recapito telefonico _____

e del **tutor** dott. _____

e-mail _____ recapito telefonico _____

per svolgere le seguenti attività, coerenti con il piano formativo generale della scuola stessa:

Si indicano di seguito i contatti della segreteria amministrativa dell'ente ospitante:

e-mail _____

Recapito Telefonico _____

Dichiara di essere a conoscenza del fatto che

- ✓ durante il corso di formazione specialistica non è possibile svolgere periodi di formazione fuori rete in strutture italiane e/o estere per più di 18 mesi complessivi. A tal fine dichiara di:
 - ☐ **non aver svolto** periodi di stage fuori rete formativa in Italia o all'Estero
 - ☐ **aver già svolto** periodi di stage fuori rete formativa in Italia o all'Estero per n. ____ mesi
- ✓ è necessario attenersi strettamente al piano formativo delle attività professionalizzanti deliberato a seguito di codesta richiesta;

UNIVERSITÀ DI PISA

Scuola Interdipartimentale di Medicina

Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale

Dipartimento di Patologia Chirurgica, Medica, Molecolare e dell'Area Critica

Dipartimento di Ricerca Traslationale e delle Nuove Tecnologie in Medicina e Chirurgia



- ✓ la copertura assicurativa sarà a proprio carico qualora la struttura ospitante non fosse disposta a farsene carico;
- ✓ L'attivazione e l'inizio delle attività sono subordinate all'autorizzazione da parte dell'ente ospitante e alla stipula dell'apposita convenzione. Per tale motivo la data di inizio delle attività potrebbe subire modifiche rispetto alla data di inizio formazione indicata nel presente modulo;
- ✓ Dichiara, inoltre, di non aver rapporti di affinità o parentela entro il quarto grado con nessuno dei tutor indicati;

Si allega alla presente richiesta:

- ✓ lettera di disponibilità allo svolgimento del periodo in oggetto da parte della struttura ospitante con proposta di piano delle attività professionalizzanti da svolgere;
- ✓ certificato di medicina preventiva in corso di validità, con scadenza il ____/____/____; in caso di certificato scaduto, indicare la data prevista di rinnovo: ____/____/____
- ✓ attestato di svolgimento del corso "Formazione obbligatoria in materia di salute e sicurezza sul lavoro per i lavoratori" (formazione generale e specifica);
- ✓ per gli specializzandi radioesposti: certificato della "Formazione specifica finalizzata alla radioprotezione";

Pisa, ____/____/____

Firma dello specializzando

Firma del Direttore della Scuola per
presa visione