



**TOR VERGATA**  
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA

(modulo nr. 7)

Direzione I – Didattica e Servizi agli Studenti  
Divisione 2 – Formazione e Post Lauream  
Ripartizione 2 – Scuole di Specializzazione area Sanitaria

Al Magnifico Rettore  
dell'Università degli Studi di Roma  
"Tor Vergata"

Domanda per la frequenza in strutture italiane non appartenenti alla rete formativa della Scuola di specializzazione.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_ residente in

\_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_

nr. di cellulare \_\_\_\_\_ iscritto/a al \_\_\_\_\_ anno della Scuola di Specializzazione in

\_\_\_\_\_ decorrenza contratto/inizio attività didattica \_\_\_\_\_

chiede, secondo quanto previsto dall'art. 40 comma 4 e 6 D.Lgs. 17/08/1999 n. 368 e dal D.I. n. 402/2017, allegato 1 art. 1.2, di poter frequentare la sottoindicata Struttura denominata:

\_\_\_\_\_

per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Allegati:

- a) Delibera del Consiglio della Scuola di specializzazione in \_\_\_\_\_ seduta del \_\_\_\_\_
- b) Copia della convenzione sottoscritta dal Direttore della Scuola di specializzazione e dal Responsabile della struttura ospitante;
- c) Se l'assicurazione è a carico dello specializzando/a, allegare copia della polizza assicurativa;
- d) Piano formativo individuale (a cura della Segreteria didattica della Scuola di specializzazione).

La copia del piano formativo deve essere inoltrato anche a:

[segreteriaasm@uniroma2.it](mailto:segreteriaasm@uniroma2.it) e [didattica.specializzazioni@med.uniroma2.it](mailto:didattica.specializzazioni@med.uniroma2.it)

Con osservanza

Roma, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ALLEGATO AL MODELLO 7/7bis

SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN

PIANO FORMATIVO INDIVIDUALE DEL DR.

**A. DATI RELATIVI AL MEDICO IN FORMAZIONE SPECIALISTICA**

Cognome e Nome
Codice fiscale
Data e luogo di nascita
Recapiti
Cittadinanza
ANNO DI CORSO

**B. DATI RELATIVI AL TUTOR INDIVIDUALE DI SEDE A CUI INOLTARE  
EVENTUALI COMUNICAZIONI**

Tutor ACCADEMICO:	PROF.
MAIL:	
Telefono:	

**C. DATI RELATIVI AL TUTOR DI STRUTTURA**

Cognome e Nome		
Codice fiscale		
Data e luogo di nascita		
MAIL:		
Abilitazione del tutor nel LOG BOOK ELETTRONICO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Per il periodo dal	al	

1. Conoscenze, abilità e competenze che ci si prefigge di acquisire:

- Piano delle attività formative del periodo di formazione (a cura della scuola di specializzazione)

Esempio: Il Medico in Formazione Specialistica dovrà essere in grado di affrontare e risolvere le problematiche relative alla valutazione complessiva del paziente riferita allo specifico della tipologia disciplinare (MED/ )

IL DIRETTORE  
PROF.

(richiedere al COORDINAMENTO IL LOGBOOK ELETTRONICO del MIFS da allegare alla presente domanda)

Copia del presente modulo va inoltrato a : [specializzazioniUTV@uniroma2.it](mailto:specializzazioniUTV@uniroma2.it).