

SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN _____ PROGETTO FORMATIVO

A. DATI RELATIVI AL MEDICO IN FORMAZIONE SPECIALISTICA CONTRATTUALIZZATO

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

B. DATI RELATIVI AL DIRETTORE DELLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE

DIRETTORE SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE: PROF.
Mail:
Telefono:

C. DATI RELATIVI AL TUTOR ACCADEMICO DELLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE

TUTOR ACCADEMICO:

D. DATI RELATIVI AL TUTOR INDIVIDUALE DELLA STRUTTURA/ENTE/ASL

Cognome e Nome
Codice fiscale
Data e luogo di nascita
MAIL:
Per il periodo dal _____ al _____
Presso _____
Tipologia contrattuale _____
DA ABILITARE NEL LOG BOOK ELETTRONICO

PIANO DELLE ATTIVITÀ FORMATIVE NEL PERIODO DI CONTRATTUALIZZAZIONE

ATTIVITÀ CLINICA:

- 1).....
- 2).....

ATTIVITÀ DIDATTICA:

.....

Attenzione va dichiarato a cura del DIRETTORE, il grado di autonomia del Medico In Formazione Specialistica.

Il Coordinamento è a disposizione per il supporto

**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 e solo dopo aver formalizzato le precedenti attività con la segreteria amministrativa delle scuole SSM presso la Facoltà di Medicina.