**CERTIFICATO DELLE ATTIVITA’ SVOLTE EXTRA RETE FORMATIVA**

**a.a. 20…../…..**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME DELLA AZIENDA/UNIVERSITA’**  **OSPITANTE** |  |

***SI ATTESTA CHE***

|  |
| --- |
| [nome e cognome medico in formazione specialistica]………………………..……………………………….  Iscritto alla Scuola di Specializzazione in ………………………………………..……………………………….. Sapienza, Università di Roma, ha completato il periodo di attività extra rete formativa in coerenza con il programma descritto nell’ accordo per l’attività fuori rete formativa approvato dal Consiglio della Scuola di appartenenza    Con il seguente risultato (valutazione complessiva del periodo):    molto buono; buono; sufficiente insufficiente    Durata complessiva del periodo extra rete formativa:………    [Fornire una motivazione per la valutazione dell’attività formative]  ……………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………    [nome e cognome tutor] …………………………..……………  Data: ….../…../….... Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  [nome e cognome Dirigente Responsabile] …………………………..……………  Data: ….../…../….... Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |