**ACCORDO PER LO SVOLGIMENTO DELL’ATTIVITÀ EXTRA RETE FORMATIVA PER MEDICI IN FORMAZIONE SPECIALISTICA**

**(AI SENSI D.L. N.14 DEL 09 MARZO 2020 - ART.1, CO. 1 LETT. B)**

La Sapienza, Università di Roma, nella persona del Direttore della Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina preventiva prof. Corrado De Vito

E

l’Azienda ospitante ………………………………………………………nella persona del Dirigente responsabile …………….………………………………… stipulano il seguente accordo per lo svolgimento dell’attività extra rete formativa del Dott/Dott.ssa.

L’Azienda dichiara di essere accreditata con decreto n ……..……… del …….…..…………………….. e contrattualizzata con il Servizio sanitario nazionale (non compilare in caso di pubbliche)

L’Azienda dichiara:

* di non far parte delle reti formative di altri Atenei
* di far parte della rete formativa di altro Ateneo e di non aver raggiunto il numero massimo di medici in formazione specialistica frequentanti la propria struttura

L’Azienda accoglie il Dott. Igor Aloise iscritto alla Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina preventiva dal………………….. al……………. presso .…...*(Unità organizzativa o struttura assimilata)*……… al fine del raggiungimento degli obiettivi formativi e per lo svolgimento delle attività professionalizzanti descritte nel seguente programma formativo individuale:

* Conoscenze, abilità e competenze che ci si prefigge di acquisire *(a cura della scuola di specializzazione)*

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

* Sede e denominazione della Unità organizzativa o struttura assimilata *(a cura della struttura ospitante)*

- Modalità di supervisione e valutazione delle attività formative *(a cura della struttura ospitante)*

La copertura assicurativa è a carico della *struttura ospitante / del medico in formazione specialistica*.

A conclusione del periodo di attività extra rete formativa, l’Azienda rilascerà la certificazione dell’attività formativa svolta dal medico in formazione, redatta secondo lo schema allegato.

|  |  |
| --- | --- |
| Firma del Direttore  della Scuola di Specializzazione  ……………………………………  Data: ................................ | Firma del Dirigente responsabile dell’Azienda/ Ateneo Ospitante  ……………………………………………… |