**Progetto formativo professionalizzante Dott./Dott.ssa …………………….................**

**presso…………………………………………………………………………………….**

La frequentazione del………………………………………………………. si rende opportuna per il/la Dott./Dott.ssa …………………………………………………al fine del raggiungimento degli obiettivi formativi e per lo svolgimento delle attività professionalizzanti previsti dall’ordinamento della Scuola di Specializzazione. Il periodo di Tirocinio presso la……………………………. sarà supervisionato dal/dalla dott./dott.ssa…………………….

In particolare la partecipazione ai progetti/attività del……………………………………:

ELENCO PROGETTI/ATTIVITÀ

è finalizzata l raggiungimento dei seguenti obiettivi formativi:

ELENCO OBIETTIVI FORMATIVI DA RAGGIUNGERE DURANTE IL TIROCINIO

e consente di svolgere le seguenti attività professionalizzanti:

ELENCO ATTIVITÀ PROFESSIONALIZZANTI DA SVOLGERE DURANTE IL TIROCINIO