

**MEDICI IN FORMAZIONE SPECIALISTICA EXTRARETE**

**PROGRAMMA FORMATIVO INDIVIDUALE NEL PERIODO DI FREQUENZA PREVISTO PRESSO L'IRCCS AOU di Bologna**

**DOTT.SSA /DOTT.** \_\_\_\_\_ **ANNO DI CORSO** \_\_\_\_\_ **SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN** \_\_\_\_\_

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI** \_\_\_\_\_

STRUTTURE DELLA RETE FORMATIVA IRCCS AOU Bologna		Descrizione delle attività assistenziali previste nell'ambito del periodo di formazione presso l'IRCCS AOU di Bologna	Grado di autonomia (*)	Durata della frequenza	
Denominazione U.O./SSD IRCCS AOU Bologna	Direttore U.O./S.S.D IRCCS AOU Bologna			DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)

(\*) indicare il grado di autonomia nell'esercizio delle singole attività assistenziali { 1 = appoggio; 2 = collaborazione; 3 = autonoma }

Il Direttore della Scuola di Specializzazione dell'Università di provenienza (Timbro e firma)	Il Tutor (Timbro e firma)	Il medico in formazione specialistica (firma)

Il Direttore della Struttura assistenziale /Il Responsabile della S.S.D (Timbro e firma) \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_