



## Scheda di rendicontazione attività svolte

Ai sensi del D.L. 9 marzo 2020 n. 14 “Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all’emergenza **COVID-19**” art.1, co 1, lett. a) Incarichi di lavoro autonomo di durata non superiore a 6 mesi e lett. b) assunzione a tempo determinato.

SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN.....

NOME.....COGNOME.....

STRUTTURA/E.....

(specificare presso quali strutture si è svolta l’attività di cui segue)

TUTOR.....

1° anno  2° anno  3° anno  4° anno  5° anno

### TIPOLOGIA DI ATTIVITA’

<b>Incarico di Lavoro Autonomo</b>	<input type="checkbox"/> dal .....al .....
<b>Assunzione a tempo determinato</b>	<input type="checkbox"/> dal .....al .....

### ATTIVITA’

Attività formative professionalizzanti (descrizione).....  
.....  
.....

LUOGO		
Ambulatorio <input type="checkbox"/>	Reparto <input type="checkbox"/>	Aggiornamento <input type="checkbox"/>
.....	.....	.....
.....	.....	.....
Sevizi <input type="checkbox"/>	Interventi <input type="checkbox"/>	Altro <input type="checkbox"/>
.....	.....	.....
.....	.....	.....
AUTONOMIA		
Autonomia <input type="checkbox"/> CFU ....	In appoggio <input type="checkbox"/> CFU ....	In collaborazione guidata <input type="checkbox"/> CFU...

Altro da specificare.....  
.....  
.....

Roma,.....

Firma dello specializzando.....

Firma del Tutor.....

Firma del Direttore.....