

Al Direttore Sanitario

ANNO DI RIFERIMENTO \_\_\_\_\_

Scuola di Specializzazione \_\_\_\_\_

Programma individuale di formazione del Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_

Anno di Iscrizione alla Scuola: 1° anno  2° anno  3° anno  4° anno  5° anno

Iscrizione all'Ordine dei Medici dlla Provincia di \_\_\_\_\_

a decorrere dal \_\_\_\_\_ n. progressivo \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Laurea conseguita in data \_\_\_\_\_

Abilitazione conseguita in data \_\_\_\_\_ decorrenza contrattuale \_\_\_\_\_

Attività assistenziali e standard in addestramento professionalizzante <small>(indicare tipologia e numero minimo delle prestazioni)</small>	Grado di autonomia (*)	Sede Formativa	CFU	Responsabile Struttura Complessa	Durata della frequenza

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



**PROGRAMMA INDIVIDUALE DI FORMAZIONE**

**Obiettivi Formativi**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

- Adesione all'astensione della copertura assicurativa in formazione specialistica      SI – NO
- Esposizione al rischio radiologico      SI – NO
- Timbro      SI – NO

**Note**

---



---



---

Roma, lì \_\_\_\_\_

Il Direttore della Scuola di Specializzazione

Il Tutor

Il medico in formazione

---