



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI CAGLIARI

FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN

PROGETTO FORMATIVO

Dr./Dr.ssa

MEDICO IN FORMAZIONE SPECIALISTICA

Cognome e Nome:

Luogo e data di nascita:

Indirizzo di residenza:

Codice fiscale:

Telefono:

Email:

Anno di corso:

TUTOR – SOGGETTO PROMOTORE (Direttore della Scuola)

Cognome e Nome:

Qualifica:

Telefono:

Email:

TUTOR – ENTE OSPITANTE (Responsabile di Struttura)

Cognome e Nome:

Qualifica:

Telefono:

Email:

SEDE DEL TIROCINIO

Indicare con chiarezza e con la giusta denominazione la struttura/e dove si svolgerà il tirocinio

DURATA E FREQUENZA

Numero mesi: X; dal gg/mm/aaaa al gg/mm/aaaa

Ore settimanali standard: 38

COPERTURE ASSICURATIVE

RCT – BERKSHIRE HATHWAY, polizza n. 2023RGC00306-1212787 – scadenza 29-12-2025.

Infortunati – ZURICH, polizza n. Z084174 – scadenza 15-01-2026.



**Università
degli Studi
di Cagliari**

Facoltà di Medicina e Chirurgia

Cittadella Universitaria di Monserrato (CA) • Cap 09042 • Blocco I, P2

tel: (070) 675.3133 • Fax: 070-6753137 • email: presidenzamedicina@unica.it • web: www.unica.it



OBIETTIVI FORMATIVI

Descrizione sintetica degli obiettivi formativi.

Es: Acquisizione di conoscenze, abilità e competenze in materia di.....

FASI E ATTIVITA' DI PROGETTO

Descrizione delle fasi e attività di progetto.

Esempio:

Fase 1 – Acquisizione di conoscenze e nozioni teoriche in materia di

- Attività 1;
- Attività 2;
- Etc.

Fase 2 – Sviluppo di abilità e competenze pratiche in materia di.....

- Attività 1;
- Attività 2;
- Etc.

OBBLIGHI DELLO SPECIALIZZANDO

- svolgere le attività previste dal progetto formativo;
- seguire le indicazioni del tutor aziendale della struttura ospitante;
- rispettare scrupolosamente tutti i regolamenti interni vigenti presso l'ente ospitante;
- rispettare le norme in materia di igiene, sicurezza e salute sui luoghi di lavoro;
- mantenere la necessaria riservatezza per quanto attiene a dati, informazioni o conoscenze in merito a processi produttivi e prodotti, acquisiti durante lo svolgimento del tirocinio, che potranno essere oggetto di specifiche sottoscrizioni d'impegno.

Letto, approvato e sottoscritto dalle Parti.

Cagliari, gg-mm-xxxx

Tutor Soggetto Promotore

Prof.

Tutor Ente Ospitante

Prof.

Medico in Formazione Specialistica

Dr./Dr.ssa