



SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE DELL'AREA MEDICO-CHIRURGICA

AUTORIZZAZIONE PER LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ FUORI RETE FORMATIVA PER MEDICI IN FORMAZIONE SPECIALISTICA

ai sensi del decreto del Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale del 25 marzo 1998, n. 142 «Regolamento recante norme di attuazione dei principi e dei criteri di cui all'art. 18 della legge 24 giugno 1997, n. 196, sui tirocini formativi e di orientamento».

ALMENO 15 GIORNI PRIMA di recarsi a svolgere attività formative fuori sede lo specializzando deve far compilare e firmare in triplice copia questa autorizzazione contenente dati, condizioni generali, obblighi ecc. delle tre parti firmatarie (Università, Azienda, oltre che se stesso) che ne tratteranno ciascuno un originale. **Copia della scheda dovrà essere inviata via fax o consegnata brevi manu anche al Dipartimento di Area Medica, Ufficio Scuole di specializzazione dell'area medico-chirurgica, Via Colugna, 50 secondo piano Udine - fax 0432 494904.**

Sezione I – SPECIALIZZANDO

NOMINATIVO: COGNOME e NOME _____

DATA E LUOGO DI NASCITA: _____

CODICE FISCALE _____

RESIDENZA/RECAPITO: _____

TEL FISSO N. _____ CELL. N. _____

EMAIL _____

ISCRITTO al _____ anno della Scuola di Specializzazione in _____

CONDIZIONI GENERALI PER LO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ:

Durante la permanenza presso l'Azienda lo specializzando è tenuto a:

- 1) svolgere unicamente le attività rientranti nelle proprie competenze di specializzando, osservando gli orari concordati e rispettando l'ambiente di lavoro e le esigenze di coordinamento dell'Azienda;
- 2) rispettare le norme in materia di igiene, salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- 3) mantenere la necessaria riservatezza per quanto attiene ai dati ed informazioni acquisiti durante lo svolgimento dell'attività presso l'Azienda.

Sezione II - SOGGETTO INVIANTE

DENOMINAZIONE: Università degli Studi di Udine - Scuola di specializzazione in _____

SEDE: _____

Tel. _____ fax _____

REFERENTE (Direttore della Scuola): prof. _____



SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE DELL'AREA MEDICO-CHIRURGICA

Sezione III - OBBLIGHI DEL SOGGETTO OSPITANTE

DENOMINAZIONE: Azienda _____

SEDE: _____

Tel. _____ fax _____

SEDE DELL'ATTIVITÀ (reparto/ U.O.):

RAPPRESENTANTE dell'Azienda:

Tutor designato all'interno dell' AZIENDA:

Nominativo:

Recapito: _____

➤ **COPERTURA ASSICURATIVA DELLO SPECIALIZZANDO**

Il soggetto ospitante dichiara di aver ottemperato agli adempimenti previsti dall'art. 41 c.3 del D.Lgs. 368/99.

(«L'Azienda sanitaria presso la quale lo specializzando svolge l'attività formativa provvede, con oneri a proprio carico, alla copertura assicurativa per i rischi professionali e per la responsabilità civile contro terzi e gli infortuni connessi all'attività assistenziale svolta dal medico in formazione nelle proprie strutture, alle stesse condizioni del proprio personale»).

➤ **MISURE PER LA TUTELA DELLA SALUTE E PER LA SICUREZZA DEI LAVORATORI**

Il soggetto ospitante ha ottemperato agli adempimenti previsti dall'art. 18 comma 1, lettera g, D.Lgs n. 81/2008

- SÌ
 NON OBBLIGATO

La tipologia e la frequenza delle attività previste nel progetto formativo richiedono visita d'idoneità sanitaria obbligatoria, per lo specializzando:

- NO
 SÌ - *elencare di seguito le attività/rischi per i quali è richiesta l'idoneità sanitaria obbligatoria*



Sezione IV - MODALITÀ DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ DELLO SPECIALIZZANDO

TEMPI/ORARI DI ACCESSO AI LOCALI AZIENDALI:

PERIODO DI PERMANENZA:

ATTIVITÀ E OBIETTIVI PREVISTI:

Firma Specializzando

Firma Università

Firma Azienda
