



**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

---