

**PROGETTO FORMATIVO  
PRESSO STRUTTURE SANITARIE  
EXTRA RETE FORMATIVA**

Matr. n° .....

*Il Progetto non può superare 18 mesi (periodo massimo di permanenza all'estero nell'intera durata del corso). In caso di stage presso strutture qualificate del territorio nazionale la durata massima è di 6 mesi (art. 19 Regolamento Scuole di Specializzazione di Area Psicologica)*

Da effettuarsi presso .....

Lettera di accordo/intenti del .....

**La modulistica incompleta non verrà accettata. Le domande vanno presentate entro il termine di un mese prima della data di partenza.**

***In caso di invio a mezzo e-mail a [segr.studenti.psicologia@unimib.it](mailto:segr.studenti.psicologia@unimib.it) allegare fotocopia fronte retro del documento di identità.***

Cognome e Nome .....

Nato a ..... il .....

Indirizzo ..... Cap. .... Città ..... Prov. ....

Telefono ..... e-mail .....@campus.unimib.it

iscritto al ..... Anno di corso della Scuola di .....

assegnato dal Consiglio di Scuola presso l'azienda Ospedaliera di .....

U.O./Servizio di .....

**Chiede**

**di poter svolgere un periodo formativo, in conformità al proprio programma formativo personale, e a quanto previsto dal Regolamento Didattico della Scuola, presso**

Ente ospitante .....

Indirizzo .....

Nazione ..... Tel. .... Fax .....

Sede/i del tirocinio .....

Periodo di tirocinio n. .... mesi dal ..... al .....

Responsabile U.O. ....

Tutore .....

Obiettivi e modalità del tirocinio

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Il medico in formazione si impegna a redigere una relazione finale sull'attività di formazione svolta, da consegnare al Consiglio di Scuola di specializzazione entro 5 giorni dal rientro in Sede.**

Il sottoscritto ..... **dichiara:**

**(Polizza RCT professionale)**

- di voler aderire alla polizza RCT PROFESSIONALE n.75622994 stipulata con Allianz S.p.A. per il su indicato periodo di formazione (**valida solo per periodi all'estero**, compilare il modulo di adesione scaricabile alla pag: <http://www.unimib.it/go/45203>).
- di NON aderire alla polizza RCT PROFESSIONALE n. 75622994 stipulata con Allianz S.p.A. per il/i seguente/i motivo/i:
  - la struttura ospitante ha stipulato idonea copertura assicurativa per la responsabilità civile Professionale verso Terzi (RCT PROFESSIONALE).
  - il sottoscritto ha stipulato in proprio idonea copertura assicurativa per la RCT PROFESSIONALE con la seguente Compagnia..... Polizza n. .... valida sino al .....

**(Polizza infortuni)**

Si specifica che gli specializzandi di Area Medica sono coperti, in Italia, solo limitatamente ad infortuni non connessi ad attività medico assistenziale, per la quale opera la copertura ospedaliera ai sensi del d.lgs. n. 368/99. In caso di periodo di formazione specialistica all'estero opera automaticamente senza costi aggiuntivi la copertura assicurativa infortuni di cui alla polizza n. 100.029 in corso con Harmonie Mutuelle Italia.

**ALLA DOMANDA DEVONO ESSERE ALLEGATI:**

- Delibera del Consiglio di Scuola
- Lettera d'intenti dell'ente ospitante
- Fotocopia fronte retro del documento d'identità (*solo in caso di invio tramite e-mail*)
- Adesione ad estensione copertura RCT Professionale.

Data ..... Firma dello specializzando .....

Approvato dal Consiglio di Scuola del.....

Firma del Direttore della Scuola .....

I dati personali saranno trattati ai sensi del Decreto Legislativo n.196 del 2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e sue successive modifiche e integrazioni, nonché del Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei dati). È possibile prendere visione della informativa al seguente link <https://www.unimib.it/informativa-studenti>

**PROGETTO FORMATIVO PRESSO STRUTTURE SANITARIE EXTRA RETE (Scuole di Specializzazione)**

Data ..... Scuola di Specializzazione ..... Matricola .....

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