**(da compilare su CARTA INTESTATA DELLA SCUOLA)**

**RICHIESTA PERIODO FORMATIVO PRESSO UNA STRUTTURA FUORI RETE FORMATIVA IN ITALIA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di Direttore della Scuola di Specializzazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**chiede di attivare una convenzione nominativa per un periodo fuori rete formativa per**

il/la dott./dott.ssa ……………….. Matricola: ............... Nato/a a: ............ il .......... C.F.: ....................... residente in via/piazza……………. N. Cap … Città…… Tel. ………..specializzando in formazione specialistica iscritto/a al ............... anno in corso per l'A.A. ...............alla Scuola di Specializzazione in ………………………………..…….

* Tale periodo di formazione specialistica si svolgerà presso ………………………………NOME AZIENDA (specificare se pubblica o privata accreditata SSN) indirizzo, città NOME DAI/SOD/Struttura aziendale…………………………………………………………………………………………………………………
* Direttore della struttura…………………………………………….con il/la quale sono già stati presi accordi per vie brevi
* Riferimento amministrativo da contattare: (nome, cognome, mail, Pec, telefono)…………………………………………………………………………………………………………………………………………….
* Tutor di percorso interno UNIFI individuato dalla Scuola di Specializzazione …………………………………
* Data di inizio del periodo di formazione fuori rete:……………………..…………………………………………………….
* Data di conclusione del periodo di formazione fuori rete:……….………………………………………………………..
* Eventuale articolazione settimanale (giorni/orario)………………………………………………………………………………………..

Sentito/a l’interessato/a si attesta infine che l/la specializzando/a è:

* in regola col pagamento delle tasse;
* ha partecipato al corso di formazione generale e specifica per lavoratori in materia di sicurezza e salute sul lavoro ai sensi dell’art.37 del D.Lgs.81/2008 e s.m.i. e dell’Accordo Stato-Regioni del 21 dicembre 2011 presso l’Università di Firenze in data……………………….. (indicare almeno il periodo es. autunno 2018);
* è in regola con le visite di sorveglianza sanitaria previste dalla normativa vigente - ultima visita effettuata in data…………………………………………..
* Si impegna a comunicare tempestivamente all’ufficio – scrivendo all’indirizzo fuorirete.scuolesanitarie@sc-saluteumana.unifi.it ogni variazione relativa al periodo fuori rete, sia che questo venga interrotto prematuramente sia nel caso in cui si intenda prorogarlo. In quest’ultimo caso la comunicazione deve avvenire almeno un mese prima del termine originariamente previsto.
* Presso l’Università di Firenze ha già usufruito di n………………..…….giorni di fuori rete formativa (convenzione/documentazione fuori rete (Italia/estero) Repertorio………...…….Protocollo……….………del……..………)
* Ha già usufruito di n……………… giorni di formazione di cui alla L. 30/12/2018 n. 145 e ss.mm.ii. (Decreto Calabria) presso……………………………..…(convenzione/documentazione Repertorio………...…….Protocollo……….………del……..………)
* SE TRASFERITO/A DA ALTRO ATENEO, ha già usufruito di n…………..…….giorni di fuori rete formativa.

**Il Direttore della Scuola di Specializzazione**

Prof./Prof.ssa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(apporre FIRMA e TIMBRO)

**Lo specializzando, per presa visione e accettazione**Dott/Dott.ssa…………………………………………..