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

**Da allegare alla convenzione fuori rete**

**PROGETTO FORMATIVO**

**RELATIVO AL/ALLA DOTT./DOTT.SSA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

Il Consiglio della Scuola, nella seduta del…………………………………………….. ha approvato

**OPPURE** (togliere l’opzione che non ricorre)

Il Consiglio della Scuola ratificherà nella prima seduta utile,

lo svolgimento dell’attività formativa presso ……………………………………………….., all’interno del progetto formativo del/della Dott./Dott.ssa………………………., in considerazione del fatto che:………………………………………............................................................................................................................................................................................................................................. *[****inserire motivazione****, che deve dare atto che il periodo fuori rete consente l’apprendimento di competenze che non sarebbero stato possibile nelle strutture della rete. Si potrà far riferimento e strumentazioni presenti, metodiche specifiche, eccellenze della struttura]*

Lo specializzando in formazione specialistica svolgerà presso il soggetto ospitante: *[****inserire le attività previste****]:*.......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................con livello di autonomia……………………………………………..***[indicare]***

Al termine del periodo lo specializzando in formazione avrà acquisito ................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ***[indicare le competenze attese]****.*

**Il Direttore della Scuola di Specializzazione**

Prof. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(apporre FIRMA e TIMBRO)

**Per presa visione e accettazione**Dott…………………………………………..  
Specializzando in formazione specialistica