

Da restituire su carta intestata della struttura ospitante

LETTERA D'INTENTI
PER L'OSPITALITA' DI PERIODI DI PERFEZIONAMENTO IN STRUTTURA EXTRA RETE
FORMATIVA PER MEDICI IN FORMAZIONE SPECIALISTICA

Al Direttore della Scuola di Specializzazione

in _____

Università "G. d'Annunzio" Chieti-Pescara

e p.c. Alla Presidenza della Scuola
Medicina e Scienze della Salute

Università "G. d'Annunzio" Chieti-Pescara

Questa/o Azienda/Ente/Ateneo _____ con sede legale in _____

Via _____, n. ____, CAP _____, Cod. Fiscale _____

legalmente rappresentato/a dal/dalla sottoscritto/a Dott/Dott.ssa _____

nato/a _____, il _____ ed ivi domiciliato/a per la carica,

COMUNICA

la disponibilità alla attivazione di un rapporto convenzionale con codesta Scuola di Specializzazione per la ospitalità di periodi di perfezionamento formativo degli specializzandi ad essa iscritti presso l'Unità Operativa di _____ diretta dal Dott./Dott.ssa _____ del P.O. / _____ con sede in _____ Via _____.

A tal fine, come previsto al punto 1.2 del D.I. 402/2017

DICHIARA

- di essere accreditata/o e contrattualizzato/a con il SSN per attività riferibili a codesta Scuola di Specializzazione;
- di essere già ricompresa/o nella rete formativa di una Scuola OMOLOGA di altro Ateneo e di non aver già saturato il potenziale formativo della struttura (in termini di posti letto, prestazioni e procedure cliniche assistenziali);
- di NON essere già ricompresa/o nella rete formativa di una Scuola OMOLOGA di altro Ateneo e di disporre di un potenziale formativo (in termini di posti letto, prestazioni e procedure cliniche assistenziali) adeguato a poter accogliere il numero di specializzandi di seguito indicato;

- di essere disponibile all'accoglienza contemporanea di un numero di specializzandi pari a massimo n. ____ unità per un periodo annuale massimo n. ____ mesi;
- di assicurare il proprio pieno impegno al raggiungimento, da parte degli specializzandi ospitati, degli obiettivi previsti dal progetto formativo individuale fornito da codesta Scuola di Specializzazione in allegato alla comunicazione di inizio del periodo formativo di ciascuno di essi;
- che il medico responsabile della certificazione e della supervisione dell'attività formativa prevista (in seguito nominato dalla Scuola quale Tutor formativo) è identificato nel/nella Dott./Dott.ssa _____;
- la disponibilità ad assumere a proprio carico la copertura assicurativa per l'attività svolta dallo/a specializzando/a;
- di NON essere disponibile ad assumere a proprio carico la copertura assicurativa per l'attività svolta dallo/a specializzando/a da intendersi, di conseguenza, a carico del medesimo.

Nella more della stipula di apposita Convenzione, invia cordiali saluti

Luogo _____, li _____

Il Legale Rappresentante

(Timbro e firma)