Siena, ………………..

Spett.le

Il sottoscritto …………………….. Direttore della Scuola di Specializzazione in …………………………….. a seguito di quanto deliberato dal Consiglio della Scuola di Specializzazione chiede, ai sensi dell’art.4 della convenzione stipulata in data **29/03/2016** tra Università di Siena e l’Azienda USL Toscana sud est (presso le strutture di Siena) per lo svolgimento di attività finalizzate alla formazione specialistica, l’utilizzo delle strutture della Vostra Azienda individuate nell’allegato a) per i periodi e per gli specializzandi riportati nel medesimo allegato.

Gli specializzandi dovranno svolgere le attività previste nelle schede individuali allegate alla presente nota e contrassegnate dai numeri ………

In fede

Prof………………………

Per accettazione

……………………

…………………….

**SCHEDA N. ….. DEL MEDICO SPECIALISTA IN FORMAZIONE**

Dott. …………………………………………………………………………………….

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

Residente in ………………………………… in via …………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

Codice fiscale …………………………………………………………………………..

Recapiti telefonici ……………………………………………………………………...

Attività formative previste nella struttura organizzata di ……………………………...

………………………………………………………………………………………….

della ASL ………………………………………………………………………………

per il periodo ………………………………. Presidio di ……………………………..

Il Direttore della Scuola

----------------------------------

 Per l’ASL

---------------------------------

**Allegato a)**

**SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome e Cognome** | **Anno di Corso** | **Reparto di Frequenza** | **Periodo di Frequenza** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Il Direttore della Scuola

-----------------------------------------------

Per l’ASL

-----------------------------------------------