

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI TIROCINIO  
EXTRA RETE FORMATIVA – ESTERO**

- da consegnare almeno 3 MESI prima della partenza -

Al Direttore della Scuola di Specializzazione in

\_\_\_\_\_ dell'Università di Trieste - SEDE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_),  
il \_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_, iscritto/a al \_\_\_\_\_ anno  
della Scuola di Specializzazione in \_\_\_\_\_,  
presso l'Università degli Studi di Trieste, ai sensi del D.I. n. 402 dd. 13.06.2017

**Chiede**

di poter svolgere un periodo di attività formativa professionalizzante/tirocinio extra-rete formativa,  
presso la seguente struttura estera:

- Ospedale \_\_\_\_\_
- UO/Reparto \_\_\_\_\_
- Città \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_
- dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
(**NB** il periodo di tirocinio extra rete formativa in Italia e/o all'estero, per tutta la durata del corso di specializzazione, non può essere superiore a 18 mesi)
- Tutor della struttura ospitante \_\_\_\_\_
- Tutor universitario (Trieste) \_\_\_\_\_

► per la seguente motivazione:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

► al fine del raggiungimento degli obiettivi descritti nel seguente progetto formativo individuale:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI TIROCINIO  
EXTRA RETE FORMATIVA – ESTERO**

- da consegnare almeno 3 MESI prima della partenza -

---

---

---

***Dichiara***

- di essere a conoscenza che, nel caso la struttura sanitaria di riferimento ovvero l'ente ospitante non intendessero farsi garanti della **copertura assicurativa per responsabilità per i rischi professionali, responsabilità civile verso terzi e infortuni connessi all'attività assistenziale**, la disciplina assicurativa sarà a suo carico;
- di aver già usufruito di n° \_\_\_\_\_ mesi di frequenza extra rete e di non aver superato il periodo massimo consentito di 18 mesi in Italia/Estero.

Luogo e data, \_\_\_\_\_

Firma del richiedente, \_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO AL DIRETTORE DELLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, Direttore della Scuola di Specializzazione in \_\_\_\_\_, presa visione della richiesta del/la Dott. \_\_\_\_\_, autorizza lo/a stesso/a allo svolgimento dell'attività formativa sopra descritta e dichiara che:

- tale richiesta è stata sottoposta all'approvazione del Consiglio della Scuola di Specializzazione del giorno \_\_\_\_\_;

Luogo e data, \_\_\_\_\_

Firma del Direttore della Scuola \_\_\_\_\_

➤ SI ALLEGA COPIA DEL VERBALE IN CUI SI APPROVA IL TIROCINIO.

## **RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI TIROCINIO EXTRA RETE FORMATIVA – ESTERO**

- da consegnare almeno 3 MESI prima della partenza -

### **PRIMA DELLA PARTENZA:**

- *lo specializzando che intende svolgere un tirocinio all'estero deve concordare preventivamente il periodo con il Direttore della Scuola e con la struttura ospitante;*
- *compilare il presente modulo (almeno 3 MESI prima della partenza) e ottenere il nulla osta dal Consiglio della Scuola, che deve approvare anche il progetto formativo individuale;*
- *Inviare scansione del modulo e copia del verbale del Consiglio della scuola all'Ufficio Post Lauream ([scuole.spec@amm.units.it](mailto:scuole.spec@amm.units.it)) e in copia alla segreteria didattica del Dipartimento ([scuoless.dsm@units.it](mailto:scuoless.dsm@units.it)) e alla Direzione sanitaria della struttura di appartenenza.*

### **AL TERMINE DEL TIROCINIO:**

- *lo specializzando deve farsi rilasciare apposita certificazione in inglese, su carta intestata, firmata dal referente/tutor della struttura ospitante, con l'indicazione delle attività svolte, il periodo preciso e il timbro della struttura.*
- *Lo specializzando invierà la documentazione al Direttore della scuola. Sulla base della documentazione prodotta, il Consiglio della scuola, certificherà l'attività svolta come utile alla formazione e ne darà comunicazione all'Ufficio Post Lauream ([scuole.spec@amm.units.it](mailto:scuole.spec@amm.units.it))*