Il sottoscritto **titolo** **Nome** **Cognome**, Responsabile della Unità Operativa **Nome completo della Unità Operativa** presso **Denominazione e indirizzo completo dell'Ospedale sede dell'Unità Operativa** **(e Denominazione della Azienda amministrativa di appartenenza**

chiede

di essere ammesso alla selezione degli idonei per l’elenco dei Centri di Tirocinio del Corso di Alta Formazione in **indicare il titolo del Corso come riportato sul Bando**.

A tale scopo dichiara:

* che vengono effettuate mediamente **sedute operatorie** settimanali **su** **sale** a disposizione;
* che la struttura può accogliere **2 tirocinanti alla settimana**;
* che la struttura può dedicare max **settimane** all’anno all’accoglienza dei tirocinanti;
* che l’accoglienza dei tirocinanti (coperti obbligatoriamente da polizza RCT e infortuni);
	+ **[ ]**  è libera a seguito di accordi interni tra il sottoscritto e la Direzione ospedaliera;
	+ **[ ]**  è subordinata alla stipula di un accordo gratuito fra ACOI e la Direzione Ospedaliera; a tale proposito si comunica che l’indirizzo mail dell’Ufficio/del funzionario amministrativo al quale indirizzare la corrispondenza necessaria per la stipula dell’accordo è:

In merito alle specifiche competenze nel settore formativo del Corso il sottoscritto dichiara:

Volume ed esiti dell’attività clinica nell’ambito delle patologie di interesse nel corso dell’ultimo anno

*

Pubblicazioni scientifiche inerenti a cura del Responsabile e/o della sua equipe nel corso degli ultimi 5 anni (1 articolo per rigo)

*

Partecipazione a congressi scientifici, corsi e attività formative inerenti del Responsabile e/o della sua equipe nel corso degli ultimi 5 anni (1 evento per rigo)

*

(Opzionale) Si indicano i nominativi dei collaboratori da inserire nel corpo docente (con la materia di competenza), tutti soci ACOI in regola, 1 nominativo/materia per rigo

*

Si allega la seguente documentazione di supporto:

* Curriculum Vitae
*

Nome E Cognome Del Richiedente