**ATTIVAZIONE DOTTORATI DI RICERCA IN AMBITO ASSISTENZIALE**

SCHEDA INFORMATIVA

|  |  |
| --- | --- |
| Tipologia  | **Dottorato di Ricerca in Scienze Cliniche****Ciclo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Anno di Corso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** **tipo 2 (con tutor)**
* **tipo 3 (in autonomia)**
* **tipo 2 Scuola di Specializzazione in frequenza congiunta con il Dottorato di Ricerca**
 |
| Titolo della ricerca |  |
| Settore Scientifico Disciplianare (lo stesso del tutor) | MED/ |
| Responsabile della Ricerca | Prof / Dott.  |
| Dati Anagrafici Dottorando | * Nome e Cognome
* Data e Luogo di nascita
* Codice Fiscale
* Cellulare e Mail
 |
| Requisiti Curriculari | * Laurea
* Specializzazione(OBBLIGATORIA X TIPOLOGIA 3)
 |
| Decorrenza Contrattuale | Decorrenza formale: Dal 01/11 del ciclo di pertinenza–al 31/10/ del terzo annoAttività Assistenziale dal …………….- al 31/10 del terzo anno |
| SOD - DAI(con indicazione del Responsabile della struttura) |  |
| Dettaglio compiti attività assistenziale(***in allegato sintesiin italiano del progetto di ricerca per tutte le tipologie di incarico con particolare riferimento al coinvolgimento del soggetto all’attività assistenziale firmato dal tutor assistenziale***)  | **Al Dottorando nello svolgimento della sua attività di ricerca spettano i compiti assistenziali**: (a titolo esemplificativo)1. Partecipazione a…………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………….1. Gestione di ………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………….1. Esecuzione di……………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………1. Prendere parte a …………………………………………………………

…………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………….Le attività di cui sopra sono necessarie per le seguenti esigenze di ricerca ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………….**Rimangono escluse le attività chirurgiche come primo operatore e le attività di guardia e di pronta disponibilità. (Dichiarazione solo per tipo 3)**Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma del tutor assistenziale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Firenze, xx/xx/xxxxIl Responsabile del programma di ricerca (***allegato e firmato***)

|  |
| --- |
| **AUTORIZZAZIONE PER TIPOLOGIE 3 o Dottorato di Ricerca contestuale all’Ultimo anno della Scuola di Specializzazione Medica** |
| Direttore DAI  | *firma* |
| Direttore / Responsabile Sod | *firma* |
| Direttore della Scuola di Specializzazione**(solo se il dottorando è in frequenza congiunta Scuola/Dottorato)** | *firma* |
| Direttore Sanitario**(Firma che sarà apposta a cura della direzione aziendale)** | *firma* |