**ATTIVAZIONE INCARICHI DI RICERCA IN AMBITO ASSISTENZIALE**

**SCHEDA INFORMATIVA**

|  |  |
| --- | --- |
| Tipologia | 1. **Incarico di lavoro autonomo esercitato nella forma della collaborazione coordinata/prestazione d’opera professionale/abituale o non abituale** |
| Titolo della ricerca |  |
| Settore Scientifico Disciplinare | MED/ |
| Responsabile della Ricerca | Prof / Dott. |
| Commissione Giudicatrice (tre membri tra PO – PA – RU + un membro supplente PO – PA – RU | 1. xxxxxxxxxxx (2) xxxxxxxxxxxxx (3) xxxxxxxxxxxxxx |
| Requisiti Curriculari | **Indicare Laurea + specializzazione (OBBLIGATORIA X TIPOLOGIA 3) + altri titoli previsti ( la cui verifica sul vincitore è a carico di Unifi, da riportare nella scheda di comunicazione di inizio attività del vincitore della selezione )** |
| Decorrenza Contrattuale | Dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| SOD - DAI |  |
| Dettaglio compiti attività assistenziale  (***in allegato sintesi del progetto di ricerca per tutte le tipologie di incarico con particolare riferimento al coinvolgimento del soggetto all’attività assistenziale*** ) | |  |  | | --- | --- | |  | Livello di coinvolgimento nelle attività cliniche | | □ tipologia 1 | Nessun contatto con pazienti ma solo con dati clinici sensibili | | □ tipologia 2 | Attività di laboratorio diagnostico o assistenziale esclusivamente sotto il controllo di un tutor | | □ tipologia 3 | Attività assistenziale autonoma (**sono escluse le attività chirurgiche come primo operatore, le attività di guardia e di pronta disponibilità)** |   **All’ incaricato nello svolgimento della sua attività di ricerca spettano i seguenti compiti assistenziali**:   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** |
| DAI  SOD di svolgimento dell’attività assistenziale |  |
| Tutor *indicare solo per tipologia (2)* | Prof / Dott. |

Firenze, xx/xx/xxxx Il Responsabile del programma di ricerca ( ***allegato***)

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

|  |  |
| --- | --- |
| **AUTORIZZAZIONE PER TIPOLOGIE 3** | |
| Direttore DAI | *firma* |
| Direttore / Responsabile Sod | *firma* |
| Direttore Sanitario | *firma* |