**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 anno  Attività 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* |