

**AVVISO 13/2017 PER IL FINANZIAMENTO DI CONTRATTI DI FORMAZIONE SPECIALISTICA NELL’AREA MEDICO-SANITARIA IN SICILIA - A.A. 2016/2017**

**ALLEGATO B - FORMULARIO PER LA PRESENTAZIONE DELLA PROPOSTA PROGETTUALE**

**SEZIONE 1– INFORMAZIONE SUL SOGGETTO PROPONENTE**

**1.1 SOGGETTO PROPONENTE (Università)**

Denominazione

Rappresentante legale

SEDE LEGALE

(via/piazza, città provincia, CAP):

tel.: fax: e-mail:

SEDE OPERATIVA (conservazione atti cfr. art. 20 avviso)

via/piazza, città provincia, CAP):

tel.: fax: e-mail:

Referente/ufficio amministrativo per la gestione/rendicontazione del progetto

Ufficio...............................Nominativo referente...........................................

Tel……………….e-mail……….

IBAN per i pagamenti:

Strutture operative di riferimento: indicare per ciascuna scuola di specializzazione interessata, i seguenti dati:

Responsabile ………………………….

indirizzo (via/piazza, città provincia, CAP):

tel.: ……….fax:….……..PEC…………….e-mail:

**SEZIONE 2 - DATI GENERALI DEL PROGETTO**

**2.1 ANNO ACCADEMICO ATTIVAZIONE**

**2.2 TEMPI DI REALIZZAZIONE**

Data di avvio e conclusione del Progetto nel suo complesso

**2.3 CONTRATTI DI FORMAZIONE SPECIALISTICA NELL’AREA MEDICO-SANITARIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Area medico-sanitaria** | **N. contratti di formazione specialistica** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**2.4 ACCREDITAMENTO AI SENSI DEL DM DEL MIUR 68/2015 DELLE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE CHE AFFERISCONO AL SOGGETTO PROPONENTE E PRESSO LE QUALI SI REALIZZERANNO I CORSI PER I QUALI SI CHIEDE IL FINANZIAMENTO DEI CONTRATTI DI SPECIALIZZAZIONE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Titolo del Corso di specializzazione** | **Dati sull’accreditamento della scuola**  **(riportare la data del rilascio e i riferimenti dell’atto)** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**2.5 STRUTTURA OFFERTA DIDATTICA\***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Scuola di specializzazione** | **Titolo del corso** | **Ambito di specializzazione**  **(Allegato D)** | **N. destinatari dei contratti di formazione specialistica** | **Docente responsabile**  **(nome e cognome)** | **Data di inizio del corso** | **Data di conclusione del corso** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\*Aggiungere tabella per ogni scuola di specializzazione per la quale si richiede il contributo pubblico.

**SEZIONE 3 PROGETTAZIONE E STRUTTURA DEL PROGETTO**

**3.A. Qualita’ del soggetto proponente**

**3.A.1** Descrizione dell’esperienza pregressa del soggetto proponente nell’area della formazione specialistica in campo medico-sanitario

|  |
| --- |
| **3.A.2** Descrizione della capacità e adeguatezza delle strutture di formazione specialistica dedicate al progetto (*descrivere le strutture operative e scientifiche a norma per le attività di studio e ricerca; un adeguato patrimonio librario; banche dati, ecc.*) |

**3.B. Descrizione della proposta progettuale**

**3.B.1** Sulla base dei fabbisogni di professionalità mediche specialistiche presenti e previste in Sicilia, indicare come il progetto contribuisce a rispondere alle esigenze di figure specialistiche di alto profilo nell’area medico-sanitaria di specifico interesse per il sistema di cura siciliano

|  |
| --- |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

**3.B.2** Per ciascuno dei corsi di specializzazione che compongono il progetto è fatto obbligo fornire le seguenti informazioni

|  |
| --- |
| *3.B.2.1 Tempo riservato ed i contenuti delle attività didattiche e di apprendimento formale:*  *………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………* |
| *3.B.2.2 Tempo e finalità della formazione attraverso la pratica di attività di ricerca o internship in strutture ospedaliere/sanitarie:*  *……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*  *…………………………………………………………………………………………………………………..* |
| *3.B.2.3 Modalità di supervisione tutoriale degli specializzandi, con riferimento anche alle modalità della eventuale co-tutela:*  *……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………* |
| *3.B.2.4 Modalità di predisposizione della tesi di specializzazione:*  *………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………* |

**3.B.3** Descrivere le modalità di collaborazione con scuole di specializzazione e strutture ospedaliere/sanitarie di altre regioni italiane/straniere

|  |
| --- |
| ...……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………… |

**3.B.4** Descrivere le modalità di accompagnamento degli specializzandi nel mondo del lavoro una volta acquisito il titolo di medico specializzato

|  |
| --- |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |

**3.C. Contributo al perseguimento del principio orizzontale della parità di genere delle pari opportunità**

|  |
| --- |
| ***3.C.1***  *Riportare eventuali iniziative che si intende mettere in atto per assicurare in fase sia di accesso sia di attuazione dei corsi i principi di pari opportunità e anti discriminazione e di parità di genere, riguardo in particolare alla parità di genere, la possibilità dell’inserimento di quote minime garantite*  *.*………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

**Si autorizza il trattamento dei dati forniti ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 e s.m.i..**

Luogo e data

Il legale rappresentante

o altro soggetto munito di poteri di firma\*

*(firma digitale)\*\**

**\*** In caso di altro soggetto munito di poteri di firma, allegare atto di delega o altro documento comprovante poteri di firma

**\*\***Obbligo di presentazione del documento di riconoscimento in corso di validità assolto implicitamente con l’apposizione della firma digitale, ai sensi del combinato disposto di cui agli artt. 38 e 47 del DPR n. 445/2000 e s.m.i. e art. 65, comma 1, lett. a) del D.Lgs 82/2005 e s.m.i..