ALLEGATO 1 – PROGETTO FORMATIVO

NOME E COGNOME DELL__ SPECIALIZZAND__: _____

Scuola di Specializzazione: _____

Direttore: _____

A.A. 20__/20__ Anno di corso: _

nato/a a _____ il _____ cod. fiscale _____

residente a _____ in Via _____ n.____

cap. _____ telefono _____ cell. _____

e-mail istituzionale _____ e-mail privata _____

U.O. in cui si svolgerà la formazione specialistica: _____

Tutor assegnato dall'Ateneo: _____tel. _____

E-mail_____

Tutor assegnato dalla Struttura Ricevente: _____tel. _____

E-mail_____

Data di inizio del periodo di formazione fuori rete: __/__/____

Data di conclusione del periodo di formazione fuori rete: __/__/____

OBIETTIVI FORMATIVI, ATTIVITÀ DA SVOLGERE E MODALITÀ DI SVOLGIMENTO DELLA FORMAZIONE

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

DATA E FIRMA

La/Il Specializzanda/o: _____lì_____

Il Direttore della Scuola: **_____lì_____**