**ATTIVAZIONE INCARICHI DI RICERCA IN AMBITO ASSISTENZIALE**

**SCHEDA INFORMATIVA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tipologia | **a.** | | **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 sintesidel 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 sseguenti compiti assistenziali:** | | | | |
|  |  | 1. Partecipazione a………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………….   …………………………………………………………………………………….   1. Gestione di …………………………………………………………………. | | | | |  |
|  | | | | |

1

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