**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** |
| DAISOD 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* |