



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

AREA
SERVICE AREA MEDICA

Allegato 1 – Accordo per l'attività fuori rete formativa per medici in formazione specialistica
(Estero)

TRAINING AGREEMENT

Attività fuori rete formativa all'Estero per medici in formazione specialistica (art. 42 Regolamento Scuole di Specializzazione)

I. Dati del medico in formazione *STUDENT DATA*

Nome (*Name*)

Cognome (*Surname*)

Scuole di specializzazione (*Subject area*)

A.A. / /

Università di provenienza: ALMA MATER STUDIORUM – UNIVERSITA' DI BOLOGNA

(*Sending institution*)

II. Dati relativi alla richiesta di attività fuori rete formativa

DETAILS OF THE PROPOSED TRAINING PROGRAMME ABROAD

Azienda o Ateneo ospitante

(*Host organisation*)

Data di inizio e conclusione del periodo di formazione fuori rete:

dal / / al / /

(*Planned dates of start and end of the training period*)

(*il periodo deve rientrare nell'anno accademico di iscrizione*)

(*Students must complete their training period by the end of the A.Y.*)

- Conoscenze, abilità e competenze che ci si prefigge di acquisire

(*Knowledge, skills and competencies to be acquired*)



III. IMPEGNI SOTTOSCRITTI DALLE PARTI
COMMITMENT OF THE THREE PARTS

Firmando questo documento, lo studente, l'Ateneo di provenienza e l'Azienda/Ateneo ospitante, dichiarano di impegnarsi a rispettare gli accordi come di seguito specificato.

By signing this document the student, the sending institution and the host organisation confirm that they will abide by the principles of the agreement as set out below.

Il medico in formazione

(The Student)

Firma/Signature Data/Date:

L'Azienda/Ateneo di provenienza

(The sending institution)

Dichiariamo che l'accordo sul programma di formazione proposto è approvato.

Il periodo di formazione è curricolare.

We confirm that this proposed training programme agreement is approved.

The training is part of student's curricula.

Direttore della Scuola

(Coordinator's name and function)

Data/Date:

Firma del Direttore della Scuola e timbro
ufficiale

(Coordinator's signature and official stamp)



L'Azienda/Ateneo ospitante

(host organization)

Il medico in formazione riceverà una borsa per il periodo di attività formative fuori rete?
SI NO

Il medico in formazione avrà diritto a benefici/servizi? SI NO

La copertura assicurativa è a carico:

- della struttura ospitante
- del medico in formazione

Dichiariamo che il programma di formazione proposto, è approvato.

A conclusione del periodo di attività fuori rete formativa, l'Ateneo rilascerà un certificato al medico in formazione (vedi certificato delle attività formative svolte)

The student will receive a financial support for his/her placement Yes No

The student will receive a contribution in kind for his/her placement Yes No

The insurance will be covered by:

- The Host Organization*
- The student*

We confirm that this proposed training programme is approved. On completion of the training programme the organisation will issue a Certificate to the student (see Transcript of Work).

Referente Struttura Ospitante
(Coordinator's name and function)

.....
Firma del Referente Struttura Ospitante
e timbro ufficiale
(Coordinator's signature **and official stamp**)

Data/Date:



Il Medico in formazione specialistica svolgerà attività in zone classificate dall'ente ospitante comportanti esposizione a radiazioni ionizzanti? (*Will the Student perform activities in controlled areas of the Host organization involving exposure to ionizing radiations?*)

Sì (*Yes*)

No (*No*)

Se la risposta è Sì, compilare le parti sottostanti (*If Yes, please fill below*):

Università di Bologna

Struttura ospitante (*Host organization*)

Con riferimento al D.Lgs 101/2020, comunica che lo Studente è classificato/a come (*With regard to D.Lgs 101/2020, UniBO confirms that the Student is*):

lavoratore esposto di categoria A (*exposed worker cat. A*)

lavoratore esposto di categoria B (*exposed worker cat. B*)

lavoratore non esposto (*unexposed worker*)

- Che è stato formato/a sui rischi specifici di radioprotezione in data (*that the Student was trained on the specific risks of radiation protection, on*): _____

- Che è stato dichiarato/a idoneo/a con visita medica in data (*That the Student was declared physically suited with a medical examination, on*): _____

Si dichiara che (*We declare that*):

- La sorveglianza dosimetrica dello Studente sarà effettuata dalla nostra Struttura (*Dosimetric surveillance of the Student will be performed by our organization*).

- Qualora necessari, saranno forniti allo studente i Dispositivi di protezione individuale (*When necessary, Personal Protective Equipments will be provided to the Student*).

- Sarà nostro compito trasmettere all'Università di Bologna i dati dosimetrici relativi allo studente per il periodo svolto presso le nostre strutture (*It will be our task to transmit to University of Bologna the Student's dosimetric data for the period spent at our facilities*).

Si richiede di condividere e sottoscrivere il seguente vincolo di dose per l'attività da svolgere (*The Host organization is required to share and sign the following dose constraints for the activity to be performed*):

Dose efficace (*Effective dose*) E = mSv/y

Firma del Direttore della Scuola e timbro ufficiale
(*Coordinator's signature and official stamp*)

.....

Firma del Referente Struttura Ospitante
e timbro ufficiale
(*Coordinator's signature and official stamp*)

.....