



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*)



- Piano delle attività formative del periodo di formazione
(Detailed programme of the training period)

- Attività da svolgere nel periodo di formazione
(Tasks of the trainee)

- Modalità di supervisione e valutazione delle attività formative
(Monitoring and evaluating plan)

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)

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



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

AREA
SERVICE AREA MEDICA

Il periodo di formazione è curriculare.

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)

.....
Firma del Direttore della Scuola e timbro
ufficiale

(Coordinator's signature **and official
stamp**)

Data/Date:

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: