

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)

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

Il periodo di formazione è curriculare.

A conclusione del periodo di formazione, se portato a termine con successo, l'istituzione si impegna ad indicare come il tirocinio verrà riconosciuto

- attribuzione di crediti ECTS SI NO Se si : numero di crediti ECTS

- e/o registrazione del periodo di attività formative nel Diploma Supplement SI NO

Ove non possibile, il periodo di formazione verrà registrato nel transcript of records SI NO

We confirm that this proposed training programme agreement is approved.

The training is part of student's curricula.

On satisfactory completion of the training programme the institution will [please indicate how the placement will be recognised; there should at least be one positive answer]:

- award ECTS credits: Yes No If yes: number of ECTS credits:

- and/or record the training period in the Diploma Supplement Yes No

or if not possible record it in the student's transcript of records Yes No

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).

Direttore della Scuola

(Coordinator's name and function)

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

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

Data/Date: