Università degli Studi di Messina

LEARNING AGREEMENT
Attività fuori rete formativa all'Estero per medici in formazione specialistica
(art. 15 Regolamento Scuola di Specializzazione in area medica)

I. DATI DEL MEDICO IN FORMAZIONE (*STUDENT'S DATA)*

Nome *(Name)* ……

Cognome *(Surname)* ……

Residenza (Address)……

e-mail…….. tel……

II. DATI DELL'UNIVERSITA' PROPONENTE *(SENDING UNIVERSITY DATA)*

Ateneo di provenienza *(Sending University)* UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MESSINA

Legale Rappresentante *(Legal Rapresentative)* Magnifico Rettore Prof. Salvatore Cuzzocrea

Sede Legale *(Head Office)*……

Scuole di specializzazione *(Specialisation School*) ……

A.A. ……/……/……

Direttore della Scuola di Specializzazione (Coordinator)……

Tutor……

III. DATI DELL'AZIENDA/STRUTTURA OSPITANTE *(HOST ORGANISATION DATA)*

Azienda o Ateneo Ospitante *(Host Organisation)* ……

Indirizzo *(Address)*……

E-mail…….. tel……

Tutor……

IV. DATI RELATIVI ALLA RICHIESTA DI ATTIVITÀ FUORI RETE FORMATIVA *(DETAILS OF THE PROPOSED TRAINING PROGRAMME ABROAD)*

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)

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;
- a registrare il 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 the training is part of student's curricula.
On satisfactory completion of the training programme the institution will
- indicate how the placement will be recognised;
- 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

V. ASSICURAZIONE
INSURANCE

La copertura assicurativa è a carico ◯ della struttura ospitante ◯ del medico in formazione

The insurance will be covered by ◯ the Host Organization ◯ the student

VI. IMPEGNI SOTTOSCRITTI DALLE PARTI
COMMITMENT OF PARTS

Firmando questo documento, lo studente, l'Ateneo di provenienza e l'Azienda/Ateneoospitante, 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)*
Firma del Direttore della Scuola e timbro ufficiale *(Coordinator's signature and official stamp)*

…… Data/Date: ……

La Struttura Ospitante *(The host Institution)*

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

…… Data/Date: ……

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

On completion of the training programme the organisation will issue a Certificate to the student (see Transcript of Work).

Dichiariamo che il programma di formazione proposto è approvato.

We confirm that this proposed training programme is approved.