# C:\Users\Mery\AppData\Local\Temp\Temp1_RESTYLING 2020 LOGO UNIME_1.zip\RESTYLING 2020 LOGO UNIME_1\RESTYLING 2020 LOGO UNIME_1_COLOR.jpg

# LEARNING AGREEMENT

**Attività fuori rete formativa all’Estero per medici in formazione specialistica**

#  DATI DELLO/A SPECIALIZZANDO/A (*STUDENT’S DATA)*

Nome *(Name)* ……………………………………………………………………………………………………………………………..

Cognome *(Surname)* ………………………………………………………………………………………………………………..….

Residenza (Address)……………………………………………………………………………………………………………………

e-mail……………………………………………………………………….. tel……………………………………………………………

# DATI DELL’UNIVERSITA’ PROPONENTE *(SENDING UNIVERSITY DATA)*

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

Legale Rappresentante *(Legal Rapresentative)* Magnifica Rettrice Prof.ssa Giovanna Spatari

Sede Legale *(Head Office)* Piazza Pugliatti, 1 - 98122 Messina

Scuole di specializzazione *(Specialisation School*) ………………………………………………………………………….

A.A. ……/……/……

# Direttore/trice della Scuola di Specializzazione (Coordinator)………………………………………………………………...

# Tutor…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

#  DATI DELL’AZIENDA/STRUTTURA OSPITANTE *(HOST ORGANISATION DATA)*

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

Indirizzo *(Address)…………………………………………………………………………………………………………………….*

*E-mail……………………………………………………………………………. tel……………………………………………………….*

# Tutor………………………………………………………………………………………………………………………………………….

#  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*

1. **ASSICURAZIONE**

*INSURANCE*

La copertura assicurativa è a carico della struttura ospitante  del/la studente/ssa

The insurance will be covered by  the Host Organization  the student

# IMPEGNI SOTTOSCRITTI DALLE PARTI

 *COMMITMENT OF 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.*

**Dottore/ssa 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, la Struttura Ospitante rilascerà un attestato delle attività svolte al/la MIF da presentare al/la Direttore/trice della Scuola.

*On completion of the training programme the Host institution will issue a Certificate to the student to be delivered to the School’s Director.*

Dichiariamo che il programma di formazione proposto è approvato.

*We confirm that this proposed training programme is approved.*