UNIVERSITÀ di VERONA

TRAINING AGREEMENT
Attività fuori rete formativa all'Estero per medici in formazione specialistica

I. Dati del medico in formazione
student data

Nome *(Name)* ……
Cognome *(Surname)* ……..

Scuola di specializzazione *(Subject area)* ……..…
Anno di corso *(year of study)* … A.A. ……/……
Università di provenienza: Università di Verona
(*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)

- Conoscenze, abilità e competenze che ci si prefigge di acquisire
  (Knowledge, skills and competencies to be acquired)

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

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 specialistica

(The Student)

Firma/Signature ..... Data/Date: ……...…….……

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, il Consiglio della Scuola conferma il riconoscimento delle attività formative svolte e dei crediti maturati. La certificazione dell'avvenuta frequenza sarà allegata al libretto elettronico ai fini del completamento curriculare per il diploma supplement;

We confirm that this proposed training programme agreement is approved.

The training is part of student's curricula.

At the end of the training period, if completed successfully, the School Council confirms the recognition of the training activities carried out and the credits accrued. The certificate of attendance will be attached to the electronic booklet for the purpose of curricular completion for the diploma supplement.

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 ospitante

(host organization)

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'Azienda ospitante rilascerà un certificato al medico in formazione (vedi certificato delle attività formative svolte)

The insurance will be covered by:

☐ *The Host Organization*

☐ *The student*

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

Direttore dell'Azienda/Ateneo ospitante (Coordinator's name and function) …… Firma del Direttore dell'Azienda ospitante e timbro ufficiale (Coordinator's signature **and official stamp)** ……	Data/Date: .....

* If you haven't got a company stamp, please apply digital signature or declare it on your headed paper and attach your statement to this form.