

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI GENOVA**

# LEARNING AGREEMENT

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

#  DATI DEL MEDICO IN FORMAZIONE SPECIALISTICA (*RESIDENT’S DATA)*

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

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

e-mail…………………………………………………………………phone……………………………………………………………

Scuola di Specializzazione (*Post-Graduate Specialty School) …………………………………………………………*

Anno di corso (year of study)…………………………………………………………………..A.A……………./………………

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

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

rappresentata dal Prof…………………………..……. , in qualità di Direttore (Coordinator)

della Scuola di Specializzazione *(Post-Graduate Specialty School*) in……………………………………………..

delegato dal Magnifico Rettore con D.R. 250 del 18/01/2024 (delegated by the Rector with D.R. 250 of 18/01/2024)

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

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

Denominazione Reparto (*Hospital Department*) ……………………………………………………………………………

Direttore Reparto *(Chairman of Department*)…………………………………………………………………………………

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

*E-mail…………………………………………………………………………phone……………………………………………………….*

# 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)*

**CONOSCENZE, ABILITÀ E COMPETENZE CHE CI SI PREFIGGE DI ACQUISIRE**

***KNOWLEDGE, SKILLS AND COMPETENCIES TO BE ACQUIRED***

**ATTIVITÀ FORMATIVE DEL PERIODO DI FORMAZIONE**

**(*preventivamente concordate con la struttura ospitante*)**

***TASKS TO BE CARRIED OUT DURING THE TRAINING PERIOD - agreed in advance with the host organisation***

1. **ASSICURAZIONE**

*INSURANCE*

La copertura assicurativa è a carico: (The insurance will be covered by)

 della struttura ospitante (the Host Organization)

 della Scuola di specializzazione (*Post-Graduate Specialty School)*

 del medico in formazione specialistica (the resident)

# IMPEGNI SOTTOSCRITTI DALLE PARTI

 *COMMITMENT OF PARTS*

Firmando questo documento, il medico in formazione specialistica, 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 resident, the sending institution and the host organisation confirm that they will abide by the principles of the agreement as set out below.*

**Medico in formazione specialistica** *(The Resident)*

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

**L’Ateneo di provenienza** *(The Sending Institution)*

Dichiariamo che il programma di formazione proposto è stato approvato dal Consiglio della Scuola di Specializzazione nella seduta del …………

*We confirm that this proposed training programme was approved by the Council of the Post-Graduate Specialty School on …………*

Il periodo di formazione è curriculare.

A conclusione del periodo di formazione 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 resident’s curricula.*

*At the end of the training period, the certificate of attendance will be attached to the electronic booklet for the purpose of curricular completion for the diploma supplement.*

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

…………………………………………………………………………………………………… Data/Date: ……...………………….................

**La Struttura Ospitante** *(The host Institution)*

A conclusione del periodo di attività fuori rete formativa, la Struttura Ospitante rilascerà un attestato delle attività svolte al medico in formazione specialistica 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.*

**La Struttura Ospitante** *(The host Institution)*

Firma del Direttore dell’Azienda ospitante (o suo delegato) e timbro ufficiale *(Coordinator’s signature or his delegate and official stamp)*

…………………………………………………………………………………………………… Data/Date: ……...………………………………