



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 Representative*) 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 curricolare.

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.*