



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI CATANIA
Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Tecnologie Avanzate
"Gian Filippo Ingrassia"
95123 CATANIA – Via Santa Sofia 87
dgfi@unict.it

LEARNING AGREEMENT

Attività formativa extra rete all'Estero per medici in formazione specialistica
ai sensi dell'art. 2 comma 11 D.L. n. 68/2015 e del D.L. n. 402/2017

1. DATI DELLO/A SPECIALIZZANDO/A (*STUDENT'S DATA*)

Nome (*Name*):

Cognome (*Surname*):

Residenza (*Address*):

e-mail:

tel.:

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

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

Legale Rappresentante (*Legal Representative*): Magnifico Rettore Prof. Francesco Priolo

Sede Legale (*Head Office*): Piazza Università, 2 - 95131 Catania (CT)

Scuole di specializzazione (*Specialisation School*):

A.A. / /

Direttore/trice della Scuola di Specializzazione (*Coordinator*):

Tutor:

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

Azienda o Ateneo Ospitante (*Host Organisation*):

Indirizzo (*Address*):

E-mail:

tel.:

Tutor:

Data di inizio e conclusione del periodo di formazione fuori rete dal/...../..... al/...../.....
(Planned dates of start and end of the training period)

(Students must complete their training period by the end of the A.Y.)

CONOSCENZE, ABILITÀ E COMPETENZE CHE CI SI PREFIGGE DI ACQUISIRE <i>(KNOWLEDGE, SKILLS AND COMPETENCIES TO BE ACQUIRED)</i>	

PIANO DELLE ATTIVITÀ FORMATIVE DEL PERIODO DI FORMAZIONE <i>(DETAILED PROGRAMME OF THE TRAINING PERIOD)</i>	

ATTIVITÀ DA SVOLGERE NEL PERIODO DI FORMAZIONE <i>(TASKS OF THE TRAINEE)</i>

MODALITÀ DI SUPERVISIONE E VALUTAZIONE DELLE ATTIVITÀ FORMATIVE <i>(MONITORING AND EVALUATING PLAN)</i>

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;

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

5. 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

6. 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)	Data/Date:	Firma/Signature
L'Azienda/Ateneo di provenienza (The Sending Institution)		<i>Firma del Direttore della Scuola e timbro ufficiale (Coordinator's signature and official stamp)</i>
La Struttura Ospitante (The host Institution)		<i>Firma del Direttore della Scuola e timbro ufficiale (Coordinator's signature and official stamp)</i>

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.

confirm that this proposed training programme is approved.

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi della normativa vigente sulla protezione dei dati personali, in particolare il D. Lgs. 196/2003 e il GDPR (Regolamento UE 2016/679)".

I authorize the processing of personal data in accordance with the current legislation on the protection of personal data, in particular Legislative Decree 196/2003 and the GDPR (EU Regulation 2016/679)".