

## TRAINING AGREEMENT

Attività fuori rete formativa all'Estero per medici in formazione specialistica  
(Art.38 Regolamento Scuole di Specializzazione)

### 1. Dati del medico in formazione

#### *STUDENT DATA*

Nome (*Name*) \_\_\_\_\_

Cognome (*Surname*) \_\_\_\_\_

Scuola di Specializzazione (*Subject area*) \_\_\_\_\_

A.A. (*academic year*) \_\_\_\_\_

Università di provenienza (*Sending Institution*) Università degli Studi "G. d'Annunzio" di Chieti-Pescara

### 2. Dati relativi alla richiesta di attività fuori rete formativa

#### *DETAILS OF THE PROPOSED TRAINING PROGRAMME ABROAD*

Azienda o Ateneo ospitante (*Host organization*) \_\_\_\_\_

Data di inizio e conclusione del periodo in formazione fuori rete dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
(*Planned dates of start and end of the training period*)

(Il periodo deve rientrare nell'anno accademico di iscrizione)

Conoscenze, abilità e competenze che 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*)

## TRAINING AGREEMENT

### Attività fuori rete formativa all'Estero per medici in formazione specialistica (Art.38 Regolamento Scuole di Specializzazione)

#### 3. 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 organization confirm that they will abide by the principles of the agreement as set out below.*

**Il medico in formazione (The Student) Dott.** \_\_\_\_\_

**Firma (Signature)** \_\_\_\_\_

**Data (Date)** \_\_\_\_\_

**L'Azienda/Ateneo di provenienza (The sending institution)** Università degli Studi "G. d'Annunzio" di Chieti-Pescara

Dichiara che l'accordo sul programma di formazione proposto è stato approvato.  
*We confirm that this proposed training programme agreement is approved.*

Il periodo di formazione è curricolare.  
*The training is part of student's curricula.*

A conclusione del periodo di formazione, se portato a termine con successo, l'istituzione si impegna ad indicare come il tirocinio verrà riconosciuto:

*On satisfactory completion of the training programme the institution will (please indicate how the placement will be recognized, there should at least be one positive answer):*

- attribuzione di crediti ECTS  SI  NO Se sì: numero crediti ECTS \_\_\_\_\_;  
*award ECTS credits  YES  NO if yes: number of ECTS credits*
- e/o registrazione del periodo di attività formative nel Diploma Supplement  SI  NO.  
*and/or record the training period in the Diploma Supplement*

Ove non possibile il periodo di formazione verrà registrato nel transcript of records  SI  NO.  
*Or if not possible record it in the student's transcript of record*

**Scuola di Specializzazione (Subject area)** \_\_\_\_\_

**Il Direttore Prof.** \_\_\_\_\_  
**(Coordinator's name and surname and function)**

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**(Data (Date))**

## TRAINING AGREEMENT

### Attività fuori rete formativa all'Estero per medici in formazione specialistica (Art.38 Regolamento Scuole di Specializzazione)

**L'Azienda/Ateneo ospitante (host organization)** \_\_\_\_\_

*The student will receive a financial support for her placement?* (Il medico in formazione riceverà una borsa per il periodo di attività formative fuori rete?)  YES × NO

*The student will receive a contribution in kind for her placement* (Il medico in formazione avrà diritto a benefici/servizi?)  YES × NO

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

- the host Organization* (della struttura ospitante);  
 *the student* (del medico in formazione).

*We confirm that this proposed training programme is approved.*  
(Dichiariamo che il programma di formazione proposto, è approvato.)

*On completion of the training programme the organization will issue a Certificate to the Student (see Transcript of Work).* (A conclusione del periodo di attività fuori rete formativa, l'Ateneo rilascerà un certificato al medico in formazione (vedi certificato delle attività formative svolte))

***Coordinator's name and function (Name and surname)*** Prof. \_\_\_\_\_

***Coordinator's signature and official stamp***

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

***(Data (Date))***