UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DELL'INSUBRIA

**AREA FORMAZIONE, RICERCA,
PIANIFICAZIONE E VALORIZZAZIONE
DELLE CONOSCENZE**
Servizio Post Lauream
Ufficio Scuole di Specializzazione

Allegato 1 – Accordo per l'attività fuori rete formativa per medici in formazione specialistica (Estero)

TRAINING AGREEMENT

Attività fuori rete formativa all'Estero per medici in formazione specialistica (art. 40 comma 6 del D.Lgs. 17 agosto 1999. n. 368)

Dati del medico in formazione
STUDENT DATA

Nome *(Name)* ……

Cognome *(Surname)* ……

Scuole di specializzazione *(Subject area)* ……

A.A. ……/……

Università di provenienza: Università degli Studi dell'Insubria

(*Sending institution)*

I. 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)

(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)

II. 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

(The Student)

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

L'Azienda/Ateneo di provenienza

(The sending institution)

Dichiariamo che l'accordo sul programma di formazione proposto è approvato.

Il periodo di formazione è curriculare.

We confirm that this proposed training programme agreement is approved. The training is part of student's curricula.

Direttore della Scuola (Coordinator's name and function) …… Firma del Direttore della Scuola e timbro ufficiale (Coordinator's signature and officialstamp) ……	Data/Date: .....

L'Azienda/Ateneo ospitante

(host organization)

Il medico in formazione riceverà una borsa per il periodo di attività formative fuori rete? SI □ NO □

Il medico in formazione avrà diritto a benefici/servizi? SI □ NO □

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

The student will receive a financial support for his/her placement *Yes* □ *No* □

The student will receive a contribution in kind for his/her placement *Yes* □ *No* □

The insurance will be covered by:

□ *The Host Organization*

□ *The student*

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

Referente Struttura Ospitante (Coordinator's name and function) …… *Firma del Referente Struttura Ospitante e timbro ufficiale* (Coordinator's signature **and official stamp**) ……	Data/Date: .....

Il Medico in formazione specialistica svolgerà attività in zone classificate dall'ente ospitante comportanti esposizione a radiazioni ionizzanti? *(Will the Student perform activities in controlled areas of the Host organization involving exposure to ionizing radiations?)*

□ Sì *(Yes)*

□ No *(No)*

Se la risposta è Sì, compilare le parti sottostanti *(If Yes, please fill below):*

Università degli Studi dell'Insubria	**Struttura ospitante *(Host organization)***
Con riferimento al D.Lgs 101/2020, comunica che lo Studente è classificato/a come *(With regard to D.Lgs 101/2020, Università degli Studi dell'Insubria confirms that the Student is)*: □ lavoratore esposto di categoria A *(exposed worker cat. A)* □ lavoratore esposto di categoria B *(exposed worker cat. B)* □ lavoratore non esposto *(unexposed worker)* - Che è stato formato/a sui rischi specifici di radioprotezione in data *(that the Student was trained on the specific risks of radiation protection, on)*:_____ - Che è stato dichiarato/a idoneo/a con visita medica in data (*That the Student was declared physically suited with a medical examination, on):* _____	Si dichiara che *(We declare that)*: - La sorveglianza dosimetrica dello Studente sarà effettuata dalla nostra Struttura *(Dosimetric surveillance of the Student will be performed by our organization).* - Qualora necessari, saranno forniti allo studente i Dispositivi di protezione individuale (*When necessary, Personal Protective Equipments will be provided to the Student*). Sarà nostro compito trasmettere all'Università degli Studi dell'Insubria i dati dosimetrici relativi allo studente per il periodo svolto presso le nostre strutture (*It will be our task to transmit to University of Insubria the Student's dosimetric data for the period spent at our facilities*).

Si richiede di condividere e sottoscrivere il seguente vincolo di dose per l'attività da svolgere *(The Host organization is required to share and sign the following dose constraints for the activity to be performed)*:

□ Dose efficace (*Effective dose*) E = ... mSv/y

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