



FOREIGN TRAINING AGREEMENT

Accordo frequenza struttura estera (fuori rete formativa)

Dati del medico in formazione (Student Data)

Nome (*Name*).....
Cognome (*Surname*).....
Scuola di Specializzazione (*Subject area*).....
anno di corso (*Years Attended*)..... A.A. (*AY*).....
Università degli Studi di Brescia

Dati relativi alla richiesta di attività fuori rete formativa (*Details of the proposed training programme abroad*)

Struttura Ospitante (Host organisation).....
.....
Indirizzo (*Address*).....
Nazione (*Country*).....

Dati relativi al Tutor (Tutor Data)

Nome (*Name*).....
Cognome (*Surname*).....

Data di inizio e conclusione del periodo di formazione fuori rete (*Planned dates of start and end of the training period*):

.....

Dati relativi al progetto formativo (Training Project)

.- 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*)
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data/Date.....

Il medico in formazione (*The Student*)

Firma/Signature

Referente Struttura Ospitante (*Coordinator's name and function*)
.....

Firma del Referente Struttura Ospitante e timbro ufficiale (*Coordinator's signature and official stamp*)
.....

Direttore della Scuola (*Coordinator's name and function*)
.....

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



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 riceverà un rimborso spese per il periodo di attività formative fuori rete?

SI ☐ NO ☐

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

Se sì, specificare.....

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 ☐

If "YES", please specify.....

La copertura assicurativa RC Professionale è a carico / *Professional Liability Insurance will be covered by.*

☐ della struttura ospitante / *The Host Organization*

☐ del medico in formazione / *The student*

La parte che dichiara di assumersi l'onere di sottoscrizione della polizza assicurativa RC Professionale (il contraente) si obbliga a tenere integralmente indenne e manlevare l'Università di Brescia, i suoi rappresentanti legali, i suoi dipendenti e collaboratori da qualsivoglia pretesa, azione legale, richiesta di risarcimento danni (diretti, indiretti, presenti o futuri), costi e spese (incluse quelle legali) che dovessero essere avanzate da terzi o dal soggetto in formazione stesso in relazione a eventuali danni a persone o cose causati dallo/dalla Specializzando/a durante lo svolgimento del tirocinio presso il soggetto ospitante

The Party assuming responsibility for procuring and maintaining the Professional Liability (Malpractice) Insurance (the "Policyholder") hereby agrees to indemnify, defend, and hold harmless the Università di Brescia, its legal representatives, officers, employees, and agents from and against any and all claims, demands, actions, liabilities, damages (whether direct or indirect, present or future), losses, costs, and expenses, including reasonable attorneys' fees, arising out of or related to: (i) any injury or damage to persons or property caused by the Resident in the course of the internship at the host institution.



Le parti dichiarano che il programma di formazione proposto è approvato. A conclusione del periodo di attività fuori rete formativa, l'ente ospitante rilascerà un attestato al medico in formazione delle attività svolte e sui risultati ottenuti.

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

Data/Date.....

Il medico in formazione (*The Student*)

Firma/Signature

Referente Struttura Ospitante (*Coordinator's name and function*)

.....

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

.....

Direttore della Scuola (*Coordinator's name and function*)

.....

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

.....

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 di Brescia	Struttura ospitante (<i>Host organization</i>)
<p>Con riferimento al D.Lgs 101/2020, comunica che lo Studente è classificato/a come (<i>With regard to D.Lgs 101/2020, UniBS confirms that the Student is</i>):</p> <p><input type="checkbox"/> lavoratore esposto di categoria A (<i>exposed worker cat. A</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> lavoratore esposto di categoria B (<i>exposed worker cat. B</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> lavoratore non esposto (<i>unexposed worker</i>)</p> <p>- Che è stato formato/a sui rischi specifici di radioprotezione in data (<i>that the Student was trained on the specific risks of radiation protection, on</i>): _____</p> <p>- Che è stato dichiarato/a idoneo/a con visita medica in data (<i>That the Student was declared physically suited with a medical examination, on</i>): _____</p>	<p>Si dichiara che (<i>We declare that</i>):</p> <ul style="list-style-type: none">- La sorveglianza dosimetrica dello Studente sarà effettuata dalla nostra Struttura (<i>Dosimetric surveillance of the Student will be performed by our organization</i>).- Qualora necessari, saranno forniti allo studente i Dispositivi di protezione individuale (<i>When necessary, Personal Protective Equipments will be provided to the Student</i>).- Sarà nostro compito trasmettere all'Università di Brescia i dati dosimetrici relativi allo studente per il periodo svolto presso le nostre strutture (<i>It will be our task to transmit to University of Brescia the Student's dosimetric data for the period spent at our facilities</i>).
<p>Si richiede di condividere e sottoscrivere il seguente vincolo di dose per l'attività da svolgere (<i>The Host organization is required to share and sign the following dose constraints for the activity to be performed</i>):</p> <p><input type="checkbox"/> Dose efficace (<i>Effective dose</i>) E =mSv/y</p>	
<p>Firma del Direttore della Scuola e timbro ufficiale (<i>Coordinator's signature and official stamp</i>)</p> <p>.....</p>	<p>Firma del Referente Struttura Ospitante e timbro ufficiale (<i>Coordinator's signature and official stamp</i>)</p> <p>.....</p>