



- Attività da svolgere nel periodo di formazione

---

### III. IMPEGNI SOTTOSCRITTI DALLE PARTI

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.

#### **Il medico in formazione**

Firma..... Data: .....

#### **L'Ateneo di provenienza**

Dichiara che l'accordo sul programma di formazione proposto è conforme all'ordinamento della scuola e approvato dal consiglio della stessa.

Il periodo di formazione è curriculare.

*Direttore della Scuola*

Data: .....

.....

Firma del Direttore della Scuola e timbro  
ufficiale

.....

**L'Azienda/Ateneo ospitante**

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)

*Il Direttore della Scuola*

Data: .....

.....

Firma del Direttore della Struttura Ospitante e  
Timbro ufficiale

.....