

RICHIESTA PERIODO DI FORMAZIONE / Clinical Elective Request

Nome <i>Name</i>		Cognome <i>Surname</i>	
Luogo e data di nascita <i>Place and date of birth</i>		Cittadinanza <i>Citizenship</i>	
Indirizzo e-mail <i>E-mail address</i>		Ente di provenienza <i>Sending Institution</i>	
Anno di corso <i>Current year of study</i>		Tipologia di Mobilità <i>Mobility type</i>	<input type="checkbox"/> Erasmus+ Traineeship <input type="checkbox"/> Accordo di cooperazione internazionale / <i>International Cooperation Agreement</i> <input type="checkbox"/> Nessun programma / <i>Mobility outside Erasmus + programme or international cooperation agreement</i>
Scuola di Specializzazione <i>Specialization School</i>		Direttore <i>Director</i>	
Data di inizio attività <i>Start date of the activity</i>		Data di fine attività <i>End date of the activity</i>	
Piano formativo <i>Training Plan</i>			
Documentazione allegata <i>Attached documents</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Curriculum Vitae. 2. Copia del passaporto / <i>Passport or ID copy.</i> 3. Un'attestazione rilasciata dall'Ateneo/Ente di provenienza che autorizzi il tirocinante allo svolgimento dell'attività presso UNITO / <i>Statement from the Home Institution authorising the resident to attend a traineeship at UNITO.</i> 4. Documentazione comprovante l'esistenza di una copertura assicurativa per RCT e infortunio sul lavoro durante il periodo di tirocinio presso UNITO / <i>Proof of the existing third party liability insurance and occupational accident insurance during the traineeship period at UNITO.</i> 5. Documentazione comprovante l'estensione della copertura assicurativa per colpa grave a carico dell'interessato (facoltativa) / <i>Proof of gross negligence insurance (discretionary),</i> 6. Certificato di idoneità medico lavorativa / <i>Certificate of suitability for work issued by a physician.</i> 		

Data/Date __/__/__

Firma/Signature
