

## Liberatoria a seguito di assegnazione Professional & Research Exchange

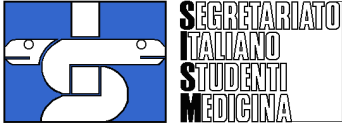
Io sottoscritto/a, \_\_\_\_\_, Codice fFscale \_\_\_\_\_, iscritto/a regolarmente al \_\_\_\_\_ anno di Corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia dell'Università \_\_\_\_\_, Socio Ordinario del Segretariato Italiano Studenti in Medicina, Sede Locale di \_\_\_\_\_ per l'Anno Associativo \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, titolare della tessera SISM n° \_\_\_\_\_,

### PREMESSO

- che ho partecipato al bando indetto dal SISM - Sede Locale di \_\_\_\_\_ e sono risultato/a assegnatario/a del progetto Professional Exchange / Research Exchange (cancellare la voce che non interessa) in \_\_\_\_\_ (nazione/NMO) per la Campagna Scambi;
- che il SISM ha ben specificato i termini, le condizioni e le modalità del progetto di cui sopra;
- che sono a conoscenza ed ho accettato le condizioni di rimborso come presentate dal LEO/LORE e specificate nel Regolamento Rimborsi;
- che sono a conoscenza, altresì, delle Exchange Conditions della meta di destinazione (vaccinazioni necessarie, adempimenti, requisiti ecc.);

### DICHIARO

di ACCETTARE / RIFIUTARE (cancellare la voce che non interessa) in via definitiva l'assegnazione del progetto.



A tal fine, esonero espressamente il SISM da ogni e qualsiasi responsabilità afferente al mio soggiorno nel Paese ospitante per tutto quanto mi potrebbe derivare dalla mia partecipazione al progetto Professional & Research Exchange.

In particolare esonero espressamente il SISM da ogni responsabilità inerente al viaggio, al vitto e all'alloggio collegati al progetto di cui sono risultato assegnatario, nonché alla realizzazione del progetto stesso, rinunciando sin d'ora a qualsiasi richiesta di rimborsi spese non previsti dal Regolamento Rimborsi e rinunciando altresì a qualsiasi pretesa di risarcimenti patrimoniali e/o non patrimoniali.

Dichiaro inoltre di essere consapevole che il SISM non si assume nessuna responsabilità in merito al grado di soddisfazione che riceverò dalla partecipazione al progetto e che l'attività del SISM è limitata ad offrire opportunità di crescita professionale mettendo in contatto studenti con strutture all'uopo disponibili.

Per quanto riguarda l'organizzazione del viaggio, del vitto e dell'alloggio, sono altresì consapevole che l'eventuale intervento del SISM è limitato a fornire agli studenti interessati un'attività di segnalazione e di supporto esclusivamente informativo che non comporta alcuna responsabilità a carico dell'Associazione stessa.

A conferma dell'accettazione dell'assegnazione al progetto, verso alla Sede Locale di \_\_\_\_\_ una Quota Scambi di complessivi € \_\_\_\_\_ comprensiva di una Quota Scambi Locale di € \_\_\_\_\_ (Quota Scambi Locale massima di € 230,00) e di una Quota Scambi Nazionale di € 70,00.

Luogo e data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SISM Segretariato Italiano Studenti Medicina

Ufficio Nazionale: Padiglione Nuove Patologie, Policlinico Sant'Orsola, Via Massarenti 9, 40138 Bologna

tel/fax: +39 051 399507; email: info@sism.org; web: www.sism.org

Codice Fiscale 92009880375