

Roma,

OGGETTO: Richiesta autorizzazione allo svolgimento attività di assistenza - Dottorando di Ricerca dell'area medica

Il/la sottoscritto/a

nato/a a il ,

Dottorando di ricerca afferente al Dipartimento Universitario di

- Facoltà di Medicina

e Odontoiatria, iscritto al Dottorato in - Ciclo con

decorrenza dal (gg/mm/aaaa) al (gg/mm/aaaa)

CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE

ai sensi della normativa vigente e in particolare l'art. 16 punto 6. del Regolamento in materia di dottorato di ricerca emanato con D.R. n. 1150/2024 Prot. n. 93496 del 20/05/2024, a poter partecipare all'attività clinico – assistenziale finalizzata esclusivamente alla realizzazione del progetto di ricerca dal titolo

Tutor Prof. ,

presso la (indicare se UOC/UOSD/UOD)

Servizio di

In fede,

_____ (Firma interessato)

Firme

Nome e Cognome

Timbro e firma

Direttore Dipartimento Universitario

Coordinatore Dottorato

Tutor

Responsabile UOC/UOSD/UOD*

*Nel caso di una UOD, è necessaria la firma del Direttore DAI
