



**Ufficio Dottorato di Ricerca**

(DA CONSEGNARE AL REFERENTE AMMINISTRATIVO DEL DIPARTIMENTO SEDE  
DEL DOTTORATO DI RICERCA)

**AUTORIZZAZIONE SOGGIORNO ESTERO**

All'Ufficio Dottorato di Ricerca

Il/la sottoscritto/a (Cognome).....  
Nome..... Matricola.....  
(Luogo di nascita)..... (Prov. ....)  
(Data di nascita)..... iscritto al Dottorato di ricerca in Medicina  
Traslazionale e Oncologia,  
Curriculum in..... Ciclo.....

**Chiede**

L'autorizzazione a recarsi all'estero (per periodi continuativi superiori a sei mesi)

l'autorizzazione è rilasciata con delibera del Collegio dei Docenti da allegare alla presente)

Stato..... Città.....  
Università o Ente di Ricerca.....  
Dal..... Al.....  
per.....  
(indicare la motivazione del soggiorno)

(firma del dottorando)

**Assenso del tutor:** \_\_\_\_\_

**Si autorizza il soggiorno per il periodo indicato**

*Il Coordinatore del corso*

Ratificato dal Collegio dei docenti il \_\_\_\_\_