



Al Preside della
Facoltà di Medicina e Psicologia
Sapienza Università di Roma
SEDE

OGGETTO: Richiesta Autorizzazione allo svolgimento Attività Assistenziale - Dottorato di Ricerca dell'area Medico e Chirurgica

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____, il _____,
Dottorando di Ricerca afferente al Dipartimento Universitario di
Scienze Medico Chirurgiche e Medicina Traslazionale - Facoltà di Medicina e Psicologia, iscritto al Dottorato in
Medicina Traslazionale e Oncologia Ciclo _____

CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE

ai sensi della normativa vigente in materia e dell'art. 14 del Regolamento in materia di dottorato di ricerca emanato con D.R. n. 1123/2019 Prot. n. 31715 del 03/04/2019, a poter partecipare all'attività' clinico – assistenziale finalizzata esclusivamente alla realizzazione del progetto di ricerca dal titolo

“ _____ ”

(Tutor Prof. _____),

presso la UO _____ di _____

Roma,

In fede

(Firma interessato)

Autorizzazioni

(Firma Tutor) : _____

(Firma Coordinatore Dottorato): _____

(Firma Direttore Dipartimento Universitario): _____

(Firma Responsabile UOC/UOD)* _____

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