Al Preside

Facoltà di Farmacia e Medicina

Sapienza Università di Roma

SEDE

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 Farmacia e Medicina, iscritto al Dottorato in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - Servizio di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

In fede,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Firma interessato)

Firme

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Firma Direttore Dipartimento Universitario)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Firma Coordinatore Dottorato)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Firma Tutor)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Firma Responsabile UOC) \*

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