

Al Preside
Facoltà di Medicina e Odontoiatria
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 Medicina e Odontoiatria, 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