

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 Medicina e Odontoiatria, iscritto al Dottorato in
- Ciclo con decorrenza dal al .

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. 1000/2022 Prot. n. 28390 del 24/03/2022, 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