

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  con  
decorrenza dal (gg/mm/aaaa)  al (gg/mm/aaaa)

**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. 1150/2024 Prot. n. 93496 del 20/05/2024, a poter partecipare all'attività clinico – assistenziale finalizzata esclusivamente alla realizzazione del progetto di ricerca dal titolo

Tutor Prof. ,

presso la (indicare se UOC/UOSD/UOD)

Servizio di

In fede,

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

Firme

Nome e Cognome

Timbro e firma

Direttore Dipartimento Universitario

\_\_\_\_\_

Coordinatore Dottorato

\_\_\_\_\_

Tutor

\_\_\_\_\_

Responsabile UOC/UOSD/UOD\*

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

\_\_\_\_\_