

**SPECIALIZZANDI**

Al Direttore del Dipartimento di Medicina dei Sistemi

Roma .....

**Dichiarazione**

Si dichiara che il/la dott./ssa. .... è  
regolarmente iscritto/a al ..... anno di corso della Scuola di Specializzazione di  
..... in data ..... effettuerà la missione a  
..... nell'ambito del percorso formativo previsto  
per la Scuola di Specializzazione.

**Il Richiedente**

.....

(firma di chi effettua la missione)

**VISTO: SI AUTORIZZA**

.....

(firma del Direttore della Scuola)

.....

(firma del Direttore di Dipartimento)