

**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)