

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)