

Al Coordinatore del Dottorato in Oncologia -
Prof. Bruno Annibale

Al Collegio dei Docenti del Dottorato di Ricerca
Dipartimento di Scienze Medico Chirurgiche e
Medicina Traslazionale,
Università "La Sapienza" di Roma

Oggetto: Richiesta autorizzazione Svolgimento Attività Assistenziale

Il/La sottoscritto/a.. .., specialista in,
iscritto/a all'albo dei Medici-Chirurghi di con numero di
matricola..... dall'anno e iscritto/a al anno del
Dottorato di ricerca in Oncologia presso il Dipartimento di Scienze Medico Chirurgiche e
Medicina Traslazionale, in riferimento all'Accordo Stralcio per la regolamentazione
dell'impiego dei Dottorandi di Ricerca nell'attività assistenziale, approvato con
deliberazione n. 676 del 22 luglio 2003

CHIEDE

l'autorizzazione a svolgere l'attività assistenziale presso l'Unità Operativa di
.....
dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma, Facoltà di Medicina e Psicologia.

Il/La Sottoscritto/a dichiara che l'attività assistenziale sarà svolta al di fuori dell'impegno
previsto nell'ambito dell'assegno di ricerca ed in modo che completi le attività formative.

Si allega pertanto:

1. Parere favorevole del Collegio dei Docenti del Dottorato da cui si evince che l'eventuale svolgimento di attività assistenziale è compatibile e complementare con il programma del Dottorato;
2. Dichiarazione di accettazione del Responsabile dell'Unità Operativa presso cui si chiede di svolgere tale attività, attestante l'effettiva possibilità di supervisione dell'attività assistenziale;
3. Certificato medico di idoneità all'impiego assistenziale;
4. Curriculum Vitae con recapito telefonico.

Firma
