

Pos:
Prot.:
Padova,

Alla Direzione Medica Ospedaliera
Azienda Ospedale Padova

Gent.mo Dr.

.....
Direttore Sanitario
Azienda Ospedale di Padova

Gent.ma Prof.

Paola **ZANOVELLO**
Coordinatore Dottorato di Ricerca
in Oncologia e Oncologia Chirurgica
Università degli Studi di Padova

e, p.c. Al Servizio Formazione alla Ricerca
Via del Risorgimento, 9
Università degli Studi di Padova

OGGETTO: Richiesta di Autorizzazione allo svolgimento di attività assistenziale da parte del Dottorando
Dr.....presso l'U.O.....

Il sottoscritto, specializzato in....., iscritto al ... anno del ciclo del Corso
di Dottorato di Ricerca in, ai sensi del comma 25, Art. 1, della Legge n. 4/1999 e del
comma 2, Art. 12 del DM 45/2013

chiede di svolgere attività clinico-assistenziale per la durata del periodo del Dottorato
presso l'U.O. di diretta da sotto la supervisione
di

In attesa di un vostro cortese riscontro, porge distinti saluti.

FIRMA DEL DOTTORANDO

.....

Il sottoscritto Supervisore del Dott. esprime parere favorevole
in merito alla richiesta del dott. _____ e dichiara che tale attività costituisce parte
integrante del percorso formativo previsto dal Corso di Dottorato di Ricerca

FIRMA DEL SUPERVISORE

.....

Il sottoscritto Coordinatore del Corso di Dottorato di Ricerca in,
presa visione della richiesta del Dott. e del parere del Supervisore, autorizza lo
svolgimento di attività assistenziale.

FIRMA DEL COORDINATORE DEL CORSO DI DOTTORATO

.....

Il sottoscritto Direttore della U.O., vista la richiesta del Dott.
....., approva lo svolgimento dell'attività.

FIRMA DEL DIRETTORE DELLA U.O.

.....